

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA E INVESTIGAÇÃO OPERACIONAL



Os Internamentos Evitáveis como Agente Modelador do Financiamento dos Cuidados de Saúde no SNS

Mariana Moreira Araújo Pereira

Mestrado em Matemática Aplicada à Economia e Gestão

Trabalho de Projeto orientado por:
Prof. Doutora Raquel João Fonseca
Doutor Duarte Pedro de Sousa Tavares

2020

Resumo

INTRODUÇÃO: Os internamentos evitáveis são os indicadores de avaliação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que refletem tanto os ganhos em saúde como o desempenho do sistema de saúde. Caracterizam-se como métricas que são utilizadas em diversos países para a avaliação da eficiência do Sistema de Saúde.

METODOLOGIA: Desenvolveu-se um estudo observacional e analítico com base na metodologia de Josefina Caminal Homar e na metodologia Canadian Institute for Health Information (CIHI). Recorreu-se à base de dados de Morbilidade Hospitalar disponibilizada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP relativa ao ano de 2015 com um total de 1 675 909 episódios de internamento. Para a análise dos dados recorreu-se ao software SPSS, tendo sempre por base a Tabela de Preços do Serviço Nacional de Saúde vigente para 2015 relativamente ao agrupador de diagnósticos vigente. Decorrente da metodologia utilizada, foram considerados para estudo 69 949 internamentos relativamente à metodologia proposta por Josefina Caminal Homar [1] e 16 156 internamentos no que se refere à metodologia proposta por Brown e outros [2] também designada por Metodologia CIHI.

RESULTADOS: Os hospitais H1, H2 e H27 são os que diferem mais de 2% entre as metodologias analisadas. A metodologia espanhola registou maiores valores percentuais para todos os grupos de financiamento definidos pela ACSS, IP excepto nos grupo D e psiquiátrico. Para ambas as metodologias, são os utentes com idade superior a 65 anos que registam maiores percentagens de internamento. Relativamente à residência dos utentes, é em Lisboa e no Porto que se regista o maior número de utentes. No que se refere a Grandes Categorias de Diagnóstico são os grupos 4 e 5 que apresentam valores percentuais superiores para a metodologia espanhola e para a metodologia CIHI, respetivamente. Cruzando informação entre as várias variáveis, concluiu-se o mesmo que individualmente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Os resultados sugerem que a não existência de internamentos evitáveis nas instituições hospitalares teria um impacto de mais de 3.147 milhões para a metodologia Espanhola e mais de 3.269 milhões para a metodologia CIHI. Concluiu-se também que cerca de 4.31% e 0.99% dos internamentos totais são internamentos evitáveis, para as mesmas metodologias, respetivamente.

PALAVRAS-CHAVE: Internamentos evitáveis, Cuidados de Saúde Primários, Gestão em Saúde.

Abstract

INTRODUCTION: Avoidable hospitalizations are the indicators for assessing PHC that reflect both health gains and health system performance. They are characterized as metrics used in several countries in order to access Health System efficiency.

METHODS: An observational and analytical study was developed based on Josefina Caminal Homar methodology and CIHI methodology. We used the Hospital Morbidity database provided by ACSS, IP for 2015 with a total of 1,675,909 episodes of hospitalization. For data analysis, the SPSS software was used, always based on the National Health Service Price Table in force for 2015 for the current diagnostics group. As a result of the methodology used, 69 949 hospitalizations were considered for the study proposed by Josefina Caminal Homar [1] and 16 156 hospitalizations regarding the methodology proposed by Brown and others [2] also known as CIHI Methodology.

RESULTS: Hospitals H1, H2 and H27 differ by more than 2% between the methodologies analyzed. The Spanish methodology recorded higher percentage values for all funding groups defined by ACSS, IP except for group D and psychiatric. For both methodologies, it is the users over the age of 65 who have the highest percentages of hospitalization. Regarding the residence of users, Lisbon and Porto concentrate the highest number of users. Concerning Major Diagnostic Categories, groups 4 and 5 present higher percentage values for the Spanish methodology and for the CIHI methodology, respectively. Crossing information between the various variables, the conclusion is the same as individually.

DISCUSSION AND CONCLUSION: The results suggest that the absence of preventable hospitalizations in hospital institutions would have an impact of over 3.147 million for the Spanish methodology and over 3.269 million for the CIHI methodology. About 4.31% and 0.99% of total hospitalizations could be considered preventable hospitalizations, for the same methodologies, respectively.

KEYWORDS: Avoidable hospitalizations, Primary Health Care, Health Management

Agradecimentos

A frase que melhor descreve todo este meu percurso é uma que recebi por parte do meu orientador, ainda estava no início da mesma: "Escrever uma dissertação é como ter um namorado. Odiamos-lo, amamos-lo, faz-nos chorar e faz-nos sorrir! São fases!". Nunca uma frase caracterizou tão bem todo este processo. Apesar da vontade em desistir, que surgiu demasiadas vezes, nunca o fiz por ter sido ensinada a não desistir de nada.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha professora e orientadora Raquel Fonseca por me ter ajudado e apoiado desde o início, desde aulas na faculdade como neste trabalho. Agradecer ao meu orientador Dr. Duarte Tavares, pelo grande conhecimento nesta área e igualmente pelo apoio neste trabalho. Sei que demorei imenso a concluir o mesmo mas "mais vale tarde que nunca".

Agradecer também às pessoas mais importantes da minha vida: mãe e avós, por serem os melhores do mundo, pelos conselhos, por me apoiarem em todas as decisões, pelo carinho, pelos jantares e almoços, por tudo. Sei que foi uma caminhada longa e espero deixá-los, no mínimo, orgulhosos. E, claro, aos meus tios, primos, padrasto e irmã por fazerem parte deste processo onde o vosso apoio foi bastante importante.

Aos meus amigos - da faculdade, do golfe, das redes sociais, do ginásio - que me perguntaram constantemente "quando é que acabas a tese?" ou "já acabaste a tese?" e finalmente poder dizer que SIM, vocês, de forma direta ou indireta, contribuíram e apoiaram-me e agradeço a incrível paciência e a força que me deram.

Agora, além de dar como fechado este capítulo, vou deixar de ter a desculpa de "tenho de fazer a tese".

Até um dia.

Índice

Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Siglas	xiv
1 Introdução e Objetivos	1
2 O Serviço Nacional de Saúde	3
2.1 Resenha Histórica do Serviço Nacional de Saúde	3
2.1.1 Os cuidados de Saúde Primários	3
2.1.2 Os cuidados de Saúde Hospitalares	5
2.1.3 Os cuidados de saúde Hospitalares em Portugal (1096-1867)	6
2.1.4 Os cuidados de saúde Hospitalares em Portugal (1867-1971)	6
2.1.5 Os cuidados de saúde Hospitalares em Portugal (1971 em diante)	8
2.1.6 Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos	10
2.2 Orgânica do Serviço Nacional de Saúde	13
3 Revisão da Literatura	15
3.1 Internamentos Evitáveis	15
3.1.1 Definição de internamento evitável	15
3.1.2 Porque é que se devem estudar os internamentos evitáveis?	18
3.1.3 Estudos realizados no mundo e principais resultados dos estudos relacionados com os internamentos evitáveis	18
3.1.4 Estudos realizados em Portugal e principais resultados relacionados com os internamentos evitáveis	20
3.2 Financiamento em Cuidados de Saúde	21
3.2.1 Natureza do Financiamento	21
3.2.2 Como é feito atualmente o financiamento dos CSP em Portugal?	23
3.2.3 Como é feito atualmente o financiamento dos Cuidados de Saúde Hospitalares em Portugal?	24
4 Metodologia	27
4.1 Materiais e métodos de estudo e suposições necessárias	27
5 Resultados	35

5.1	Análise Exploratória	35
5.2	Resultados dos Internamentos Evitáveis pela Metodologia Espanhola	40
5.3	Resultados dos Internamentos Evitáveis pela Metodologia CIHI	42
5.4	Análise Comparativa entre as duas metodologias	45
5.4.1	Testes de hipóteses entre as duas metodologias	51
5.5	Custo dos Internamentos Totais	54
5.6	Custo dos Internamentos Evitáveis	55
5.6.1	Testes de hipóteses relativos ao custo dos internamentos evitáveis	59
6	Discussão e Conclusão	61
6.1	Discussão Metodológica	61
6.2	Discussão de Resultados	62
6.3	Conclusão	65
A	Portaria	67
B	Códigos usados nas Metodologias	71
C	Grandes Categorias de Diagnóstico	75
D	Condições para a cedência da Base de Dados de Morbidade Hospitalar	79
	Bibliografia	81

Lista de Figuras

2.1	Evolução do grau de cobertura da população portuguesa por esquemas de seguro-doença (1965-1978) - Fonte: Adapt. de Campos (1983. 73)	7
2.2	Organograma - Ministério da Saúde	14
4.1	Design de estudo: descrição da amostra usada	29
5.1	Percentagem de utentes internados, por cada unidade hospitalar, no ano de 2015	35
5.2	Percentagem de utentes internados, por grupo de financiamento, no ano de 2015	36
5.3	Percentagem de utentes internados, por Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) III - área de residência, no ano de 2015	37
5.4	Percentagens de utentes internados, por Grande Categoria de Diagnóstico, no ano de 2015	37
5.5	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis, relativamente a cada grupo de financiamento, de acordo com a metodologia Espanhola	40
5.6	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis, relativamente a cada grupo de financiamento, de acordo com a metodologia Espanhola	40
5.7	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis, relativamente a cada grande categoria de diagnóstico, de acordo com a metodologia Espanhola	41
5.8	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis, relativamente à sua área de residência, de acordo com a metodologia Espanhola	41
5.9	Percentagem de utentes, relativamente a cada grupo de financiamento, de acordo com a metodologia CIHI	43
5.10	Percentagem de utentes, relativamente a cada grupo de financiamento, de acordo com a metodologia CIHI	43
5.11	Percentagem de utentes, relativamente a cada grande categoria de diagnóstico, de acordo com a metodologia CIHI	43
5.12	Percentagem de utentes, relativamente à sua área de residência, de acordo com a metodologia CIHI	44
5.13	Análise exploratória dos hospitais entre as duas metodologias	46
5.14	Análise exploratória dos grupos de financiamento entre as duas metodologias	46
5.15	Análise exploratória dos grupos etários entre as duas metodologias	47
5.16	Análise exploratória das áreas de residência dos utentes entre as duas metodologias	47
5.17	Análise exploratória das grandes categorias de diagnóstico entre as duas metodologias	48
5.18	Análise exploratória do cruzamento entre Grandes Categorias de Diagnóstico (GCD) e NUTS III entre as duas metodologias	48

5.19	Análise exploratória do cruzamento entre GCD e as Unidades Hospitalares entre as duas metodologias	49
5.20	Análise exploratória do cruzamento entre os Grupos Etários e as áreas de localização entre as duas metodologias	50
5.21	Análise exploratória do cruzamento entre os Grupos Etários e os Grupos de Financiamento entre as duas metodologias	51
5.22	Teste de Normalidade dos dados para a metodologia CIHI.	51
5.23	Teste U de Mann Whitney para a metodologia CIHI.	52
5.24	Teste de Normalidade dos dados para a metodologia Espanhola.	52
5.25	Teste U de Mann Whitney para a metodologia Espanhola.	52
5.26	Teste Kruskal-Wallis relativo aos grupos etários para as duas metodologias	53
5.27	Teste Kruskal-Wallis relativo às GCD para as duas metodologias	54
5.28	Custo de internamentos por hospital, para ambas as metodologias	55
5.29	Custo de internamentos por grupo etário, para ambas as metodologias	56
5.30	Custo de internamentos por área de residência, para ambas as metodologias	56
5.31	Custo de internamentos por grandes categorias de diagnóstico, para ambas as metodologias	57
5.32	Testes de Normalidade - Kolmogorov-Smirnov para as duas metodologias	59
5.33	Teste U de Mann Whitney para a metodologia Espanhola.	59
5.34	Teste U de Mann Whitney para a metodologia CIHI.	60

Lista de Tabelas

5.1	Percentagem de utentes internados, por grupo etário, no ano de 2015	37
5.2	Percentagem de utentes internados relativamente ao cruzamento de informações entre várias variáveis, no ano de 2015	39
5.3	Hospitais com maiores percentagens de internamentos evitáveis	40
5.4	Hospitais com menores percentagens de internamentos evitáveis	40
5.5	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre NUTS III e GCD, de acordo com a metodologia Espanhola	41
5.6	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre Unidades Hospitalares e GCD, de acordo com a metodologia Espanhola	42
5.7	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre Grupos Etários e Grupos de Financiamento, de acordo com a metodologia Espanhola	42
5.8	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre Grupos Etários e Grupos de Financiamento, de acordo com a metodologia Espanhola	42
5.9	Hospitais com maiores percentagens de internamentos evitáveis	42
5.10	Hospitais com menores percentagens de internamentos evitáveis	42
5.11	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre NUTSIII e GCD, de acordo com a metodologia CIHI	44
5.12	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre Unidades Hospitalares e GCD, de acordo com a metodologia CIHI	44
5.13	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre Grupos Etários e Grupos de Financiamento, de acordo com a metodologia CIHI	45
5.14	Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre NUTSIII e Grupos Etários, de acordo com a metodologia CIHI	45
5.15	Custo de internamentos por grupos de financiamento, para ambas as metodologias	56
5.16	Hospitais com maiores custos de internamentos, para a Metodologia Espanhola	57
5.17	Hospitais com maiores custos de internamentos, para a Metodologia CIHI	57
5.18	Maiores custos entre NUTSIII e GCD, de acordo com a Metodologia Espanhola	57
5.19	Maiores custos entre NUTSIII e GCD, de acordo com a Metodologia CIHI	58
5.20	Maiores custos entre NUTSIII e Grupos Etários, de acordo com a Metodologia Espanhola .	58
5.21	Maiores custos entre NUTSIII e Grupos Etários, de acordo com a Metodologia CIHI . . .	58
5.22	Maiores custos entre Grupos Etários e Grupos de Financiamento, de acordo com a Metodologia Espanhola	58
5.23	Maiores custos entre Grupos Etários e Grupos de Financiamento, de acordo com a Metodologia CIHI	58

Lista de Siglas

ADSE Apoio na Doença aos Servidores do Estado / Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado / Instituto de Proteção e Assistência na Doença

ACSS Administração Central do Sistema de Saúde

ARS Administrações Regionais de Saúde

ADM Assistência na Doença aos Militares

ADMA Assistência na Doença aos Militares da Armada

ADME Assistência na Doença aos Militares do Exército

ADMFA Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea

AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality

ARS Administração Regional de Saúde

APAH Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

CIHI Canadian Institute for Health Information

CSP Cuidados de Saúde Primários

DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ERS Entidade Reguladora da Saúde

GCD Grandes Categorias de Diagnóstico

GDH Grupos de Diagnóstico Homogéneo

GNR Guarda Nacional Republicana

ICSCA Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatórios

MS Ministério da Saúde

MSA Ministerio da Saúde e Assistência

NUTS Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS Organização Mundial de Saúde

PSP Polícia de Segurança Pública

PT-ACS Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde

PPP Parcerias Público-Privadas

SAD Serviços de Assistência na Doença

SAMS Serviços de Assistência Médico-Social

SSMJ Serviços Sociais do Ministério da Justiça

SNS Serviço Nacional de Saúde

UCC Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS Unidade Local de Saúde/Unidades Locais de Saúde

URAP Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF Unidades de Saúde Familiar

USP Unidade de Saúde Pública

WHO World Health Organization

Capítulo 1

Introdução e Objetivos

Este trabalho enquadra-se no Mestrado de Matemática Aplicada à Economia e Gestão e trata-se de um estudo relacionado com os "Internamentos Evitáveis como Agente Modelador do Financiamento dos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS)".

Na realidade, muitos dos internamentos podiam ser evitados se as respostas fora dos hospitais fossem reforçadas [3]. A prova disso vem de um relatório da Organização Mundial de Saúde sobre os cuidados de saúde em ambulatório em Portugal, publicado em 2016, onde conclui que, todos os anos, pelo menos 32.500 internamentos podiam ser evitados [4]. Dividindo este valor pelos 365 dias anuais, resulta em 89 internamentos desnecessários por dia, e dividindo pelas 24h do dia, dá aproximadamente 4 por hora.

Como se poderá, então, diminuir estes internamentos ou até mesmo eliminá-los?

Os internamentos evitáveis correspondem a um dos indicadores de avaliação dos cuidados de saúde primários refletindo tanto os ganhos em saúde como o desempenho do sistema de saúde. Esta definição é apoiada por Josefina Caminal Homar: "As hospitalizações por *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) pretendem servir de medida indireta da efetividade clínica da atenção primária para determinados problemas de saúde." [5]

Os cuidados de saúde primários, sendo dos primeiros contactos a nível de saúde de um indivíduo, necessitam de evoluir cada vez mais no sentido de responderem mais adequadamente ao aumento das doenças crónicas, envelhecimento da população e aumento da despesa associada à revolução tecnológica. No caso dos doentes que possuem patologias clínicas crónicas, como é o caso de pneumonias e diabetes, e que sejam acompanhados por um médico de família e que estejam devidamente controladas, não carecem de cuidados agudos e internamento hospitalar. Ainda assim, pode haver situações em que é necessário cuidados primários mais especializados [6] [7].

Considerando-se uma vez mais o relatório apresentado em 2013 [4], dos mais de um milhão de hospitalizações registadas em Portugal, cerca de 12,3% das mesmas foram hospitalizações por ACSC, ou seja, doenças como doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca, hipertensão e infeções do trato urinário.

Os internamentos evitáveis representam, assim, um importante indicador de qualidade do cuidado ambulatório e eficiência do sistema de saúde, como refere e será este o tema desta tese [8].

Assim, foram definidos os seguintes objetivos:

- Caracterizar a dimensão dos internamentos evitáveis no sistema de saúde português;
- Avaliar o impacto dos internamentos evitáveis no financiamento dos cuidados de saúde no SNS;

- Cálculo do impacto da não existência destes internamentos nas instituições hospitalares.

O trabalho, para além da introdução na qual se descreveu o âmbito do estudo, encontra-se estruturado em quatro capítulos aos quais se seguem os resultados da investigação, as discussões e conclusões assim como respetivos anexos. O capítulo 2 aborda uma resenha histórica do Serviço Nacional de Saúde dividindo-se em duas partes, bem como a sua organização atual, nas quatro tipologias de cuidados (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares, Cuidados de Saúde Continuados Integrados e Cuidados de Saúde Paliativos):

O capítulo 3 trata a Revisão da Literatura relevante estando subdividido em quatro: O primeiro subcapítulo diz respeito aos próprios Internamentos Evitáveis começando pela própria definição, o porquê de se estudar este tema, os estudos realizados no mundo e também em Portugal e os principais resultados dos estudos relacionados com estas hospitalizações. O segundo subcapítulo descreve o financiamento em cuidados de Saúde que engloba a descrição da natureza e o modo como é feito atualmente o financiamento dos Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares em Portugal.

O capítulo 4 descreve a metodologia empregada no trabalho. O delineamento da pesquisa, a população e amostra para a investigação, a origem dos dados e a análise dos dados são definidos. A última parte do capítulo apresenta a justificativa do trabalho, ou seja, o cálculo do custo dos internamentos evitáveis.

No capítulo 5 é apresentada a análise exploratória onde são apresentadas, em 3 subcapítulos, as análises realizadas ao total de internamentos, sejam evitáveis e não evitáveis, e ao total de internamentos evitáveis de acordo com ambas as metodologias.

O capítulo 6 refere-se aos resultados obtidos estando dividido em duas secções: A primeira secção apresenta os resultados de ambas as metodologias para cada variável e, no final da mesma, uma comparação entre as duas metodologias. A segunda secção demonstra o custo dos internamentos evitáveis para cada metodologia.

Por último, o capítulo 7 são descritas as Discussões Metodológicas e de Resultados como também a conclusão sendo este capítulo seguido dos Apêndices e Anexos.

Capítulo 2

O Serviço Nacional de Saúde

No presente capítulo procurou-se, por um lado, caracterizar o Serviço Nacional de Saúde em Portugal em termos do conhecimento disponível acerca dos diversos cuidados de saúde, tanto em termos de cuidados de saúde primários, continuados integrados e paliativos. Assim, apresenta-se, em primeiro lugar, uma breve conceptualização teórica da resenha histórica do SNS e segue-se uma descrição dos cuidados de saúde primários assim como os cuidados de saúde hospitalares. A parte seguinte consiste na apresentação dos cuidados de saúde hospitalares em Portugal retratando os respetivos períodos cruciais, sucedendo-se o tópico dedicado aos Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos. O capítulo termina com a descrição atual da Orgânica do SNS.

2.1 Resenha Histórica do Serviço Nacional de Saúde

Em 1979, através da Lei n.º 56/79, de 15 de novembro, foi criado, em Portugal, o SNS [9], com o intuito de assegurar o direito à proteção de saúde previsto na Constituição da República Portuguesa [10].

A criação do SNS foi um marco importante na história da Saúde em Portugal, dado que, até então, os Serviços de Saúde em Portugal eram prestados principalmente por entidades de cariz social e/ou privados, sendo complementar e diminuto o papel do Estado. Consagrava-se, pela primeira vez [11], o direito à saúde e diferenciava-se da ideia de assistência social.

Em simultâneo foram definidos os princípios e estratégia dos Cuidados de Saúde Primários, assim como a responsabilidade do Estado de assegurar o direito à saúde de todos os portugueses. O encargo da política de saúde passou a ser do Ministério da Saúde (MS), sendo o planeamento centralizado e a execução descentralizada. Estabelecia-se ainda a integração, local e regionalmente, de todas as atividades de saúde e assistência, de modo a otimizar os recursos e a combinação entre os cuidados de saúde primários e secundários [11].

2.1.1 Os cuidados de Saúde Primários

Em 1935, através da publicação da Lei nº 1884, de 16 de março de 1935, as Caixas de Previdência foram reconhecidas como entidades que deveriam prestar total assistência a sócios ou colaboradores [12]. Apesar de tal reconhecimento, e por se ter centralizado as várias entidades de assistência na doença dos Serviços Médico-Sociais a partir de 1946 [13] e de acordo com a Portaria DD411 presente no Anexo A, somente em 1971, com a Reforma do Sistema de Saúde e da Assistência [14] foi garantido que

todos os portugueses deveriam ter igual acesso aos cuidados de saúde preventivos. Foram assim criados os Centros de Saúde Primeira Geração. Mais tarde, em 1974, através da publicação do Decreto-Lei n.º 589/74, de 6 de novembro, é transferida para o âmbito público toda a prestação de cuidados de natureza geral, reforçando assim a política iniciada em 1971 e a universalização da prestação deste tipo de cuidados [14].

Poder-se-á dizer que em 1974 o Estado revolucionou o conceito de Centro de Saúde, até então, somente com competências de saúde pública e/ou autoridade de saúde [15]. A partir dessa altura, passou-se, nos Centros de Saúde, a prestar cuidados de saúde e/ou prevenção de doença às populações, sendo este papel reforçado, em 1983, com a criação da carreira médica de Clínica Geral [16]. São, assim, criados os Centros de Saúde de Segunda Geração [17].

Não obstante estes últimos centros de saúde terem integrado já os cuidados preventivos, para além das missões de Saúde Pública e de Higiene, em 1999, com a publicação do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, foram desenvolvidos os Centros de Saúde de Terceira Geração, sendo bandeira destes a remuneração dos profissionais pelo seu desempenho e melhoria das condições da população abrangida [18], após experiência dos Projetos Alfa e do Regime Remuneratório Experimental em várias instituições [19]. No entanto, somente em 2007, com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) [20] e mais tarde em 2008 [21], com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (fruto da descentralização de competências das sub-regiões de saúde), foi possível implementar a ideia essencial dos Centros de Saúde de Terceira Geração.

Atualmente, os cuidados de saúde primários em Portugal encontram-se organizados numa lógica de rede, existindo ao longo do país 20 Agrupamentos de Saúde que integram várias Unidades Funcionais, a saber:

- Uma Unidade de Saúde Pública (USP), que mantém as funções e missão do Centro de Saúde de Primeira Geração;
- Uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que “*presta serviços de consultoria e assistência às [restantes] unidades funcionais (...) e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares*” [21];
- Uma ou várias Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), que têm por objetivo “*prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção*” [21];
- Uma ou várias USF tendo como missão “*prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos*”, podendo, dependendo do tipo de USF, os seus profissionais receberem incentivos financeiros [20, 22];
- Uma ou várias Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), com a mesma missão das USF, integrando os profissionais que ainda não se organizaram neste último tipo de unidades [21].

Por fim, os Centros de Saúde de Primeira Geração foram criados a partir das Caixas de Previdência de 1935, entidades que prestavam assistência apenas a sócios ou colaboradores e, posteriormente, com a reforma do sistema de saúde e da assistência, foram garantidos cuidados de saúde preventivos para todos

os portugueses. Com a criação da carreira médica de Clínica geral, são criados os Centros de Saúde de Segunda Geração, em 1983, que integram os cuidados preventivos e as missões de Saúde Pública e de Higiene. A criação dos Centros de Saúde de Terceira Geração só foi concretizada nos anos 2000, após criação das USF e dos Agrupamentos de Centros de Saúde. Estes centros são caracterizados pelas características dos precedentes como também pela remuneração dos profissionais pelo seu desempenho e melhoria das condições da população abrangida.

2.1.2 Os cuidados de Saúde Hospitalares

O hospital é uma entidade que tem vindo a sofrer alterações devido a fatores e agentes sociais que provocam mudanças estruturais [23]. Podem-se identificar como fatores de mudança a evolução do ensino e prática da medicina, a alteração dos padrões de mortalidade e morbilidade e a política e legislação de saúde. É também possível nomear, enquanto agentes sociais de mudança, por exemplo, a igreja, a administração, os profissionais de saúde e os organismos de financiamento como a segurança social ou seguradoras. Relativamente às mudanças estruturais, particularmente mudanças sociais, políticas, económicas, culturais e científicas que atravessam as sociedades humanas, é importante saber tanto as funções como o lugar do sistema de saúde e do hospital [23].

Segundo Steudler [24], podemos analisar a evolução do sistema hospitalar segundo uma perspetiva sociológica a partir das relações que se estabelecem entre três principais agentes sociais: estado e organismos de financiamento; administração (religiosa e laica); médicos e prestadores de cuidados de saúde. De acordo com este historiador, nos países ocidentais, o sistema hospitalar passou por três fases com a evolução do sistema económico, social e político [23] [25] :

- Sistema tradicional que decorreu desde os primórdios até meados do século XIX; [26]
- Sistema profissional liberal que decorreu desde o século XIX até à II Guerra Mundial; [27]
- Sistema técnico que decorreu a partir da II Guerra Mundial; [28]

Steudler influenciou-se na tipologia dos sistemas de trabalho determinada por Touraine [25] que, ao estudar a evolução técnica e divisão do trabalho, este último determina, na sucessão das três fases descritas anteriormente, as relações complexas entre [23]:

- Um sistema profissional, correspondendo a uma primeira fase de cooperação simples, decomposição do trabalho artesanal e noção de qualificação profissional;
- Um sistema operacional e técnico de trabalho, correspondente a uma segunda fase de produção em cadeia e racionalização técnico-organizacional, liderada pelo taylorismo e fordismo;
- Um sistema técnico, correspondente a uma terceira fase de produção e a uma completa dissociação produtor/produto e do sistema de produção.

A última fase caracterizaria as condições atuais da medicina hospitalar, marcadas por incessantes tentativas de racionalização financeira, económica e organizacional [29] [23], como também, de acordo com Chauvenet [30], por uma industrialização da produção hospitalar, isto é, a decomposição do ato médico que engloba o diagnóstico, decisão terapêutica e o tratamento, numa série de intervenções complementares, efetuadas por pessoal especializado no centro de unidades técnica e organizacionalmente diferenciadoras.

Em Portugal existiram três sistemas semelhantes aos apresentados anteriormente embora, atualmente, conserve traços dos dois primeiros [31]:

- Sistema tradicional decorreu desde o berço da nacionalidade até 1867, data da consolidação da monarquia constitucional e do capitalismo liberal.
- Sistema profissional liberal iniciou-se em 1867 e prevaleceu até 1971, culminando no final do Estado Novo e no reconhecimento do direito à saúde que veio a originar, mais tarde, a criação do atual Serviço Nacional de Saúde em 1979.
- Sistema técnico surgiu em 1971 e continuou durante três décadas, modificando profundamente a economia, o estado e a sociedade portuguesa.

Sumariamente, as alterações estruturais ocorridas nos centros hospitalares deveram-se a vários fatores, nomeadamente, a evolução do ensino, a prática da medicina, a política e legislação da saúde entre outros com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde providenciados. A evolução do sistema hospitalar baseou-se na evolução de três sistemas de trabalho (tradicional, profissional liberal e técnico), segundo Touraine e Steudler e que, atualmente, no sistema português, existam traços do sistema profissional liberal e do sistema técnico.

2.1.3 Os cuidados de saúde Hospitalares em Portugal (1096-1867)

Como foi referido anteriormente, o sistema hospitalar em Portugal, desde os primórdios da nacionalidade em 1096, com a criação do condado portugalense, até à Revolução Industrial de 1867, ficou definido como um sistema tradicional [32]. Este período de quase oito séculos corresponde um vasto conjunto de características estruturais: a política de concentração hospitalar com D. João II – que funda o Hospital Real de Todos os Santos (HRTS) em 1492 –, a criação das misericórdias em 1498 por D. Manuel I, a concessão do HRTS em 1504, posteriormente nacionalizado em 1772, a instituição da tutela do Estado sobre a Misericórdia de Lisboa e o Hospital Real de S. José em 1834, a criação das escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e do Porto em 1836 bem como do Conselho de Saúde Pública na sequência da reforma sanitária de Passos Manuel em 1837 [33].

O hospital Português foi, e continuaria a ser, até ao final do século XIX, uma instituição de assistência com fraca ou nula diferenciação técnica, essencialmente orientado para o acolhimento de doentes pobres e sob a administração das misericórdias. Esta fase culmina com a extinção das Ordens Religiosas, em 1834 e com a promulgação do primeiro código civil de inspiração napoleónica, que levou à desamortização dos bens das Misericórdias, instituições-padrão da assistência social em Portugal, até então [34].

2.1.4 Os cuidados de saúde Hospitalares em Portugal (1867-1971)

Durante o século seguinte, Portugal ficou caracterizado pela expansão do ensino médico, a entrada da profissão médica no sistema hospitalar e a gradual autonomia do poder médico devido ao início do regime liberal que invocou as primeiras medidas de proteção social durante a República [35]. Em 1901 é criada a Direção Geral de Saúde graças a Ricardo Jorge (1858-1939) inspirado no exemplo de Inglaterra que, já em 1884, propunha uma higiene social aplicada a todos os portugueses [33].

Com a Lei nº2 011 de 2 de abril de 1946, foram estabelecidas as bases para a organização hospitalar. Neste decreto, ficou estabelecida a reorganização para o problema hospitalar que deu origem a programas de construção hospitalares – regionais e sub-regionais – financiados pelo Estado e, posteriormente, entregues às misericórdias [36]. Também no mesmo ano ficou registado, pelo Decreto-Lei nº35 311 de 25

de abril de 1946, a criação de caixas de previdência designadas por Federação das Caixas de Providência [37].

Em 1958, António de Oliveira Salazar é forçado a criar o Ministério da Saúde e Assistência (MSA), no entanto, ainda em meados da década de 1960, cerca de seis em cada dez portugueses continuavam sem estar cobertos por qualquer esquema de saúde-doença [38]. No entanto, somente uma década depois, com o estatuto hospitalar de 1968, o sistema hospitalar português entra na fase moderna [39]:

- O acordo feito em 1965 entre a Direção Geral dos Hospitais – criada em 1961 – e a Federação das Caixas de Previdência permitiu o surgimento do hospital moderno, já que seria o Estado a pagar a discrepância entre as tarifas dos acordos e os custos reais dos serviços prestados [40].
- O Estatuto e o Regulamento Geral dos Hospitais, de acordo com os Decretos Lei nº 48 357 e 48 558, de 27 de Abril de 1968 e 30 de Agosto de 1968 respetivamente, tinham como principais finalidades uniformizar a norma de funcionamento de todos os hospitais do país, incluindo públicos e privados pertencentes às misericórdias, e criar carreiras profissionais, isto é, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e de administração [41], [39].

Nos finais do Estado Novo, em 1971, era reconhecido o direito à saúde e a consequente responsabilização do Estado, na sequência da nova Lei Orgânica do MSA [11]. Os Serviços Médico-Sociais (SMS) passaram, então, a estender-se a todos os grupos e, posteriormente, em 1978 tinham atingido a universalidade da cobertura: os SMS passavam a funcionar como um esquema geral de cobertura de saúde a toda a população, com exceção dos que eram abrangidos pela entidade Apoio na Doença aos Servidores do Estado / Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado / Instituto de Proteção e Assistência na Doença (ADSE) e por outros subsistemas similares.

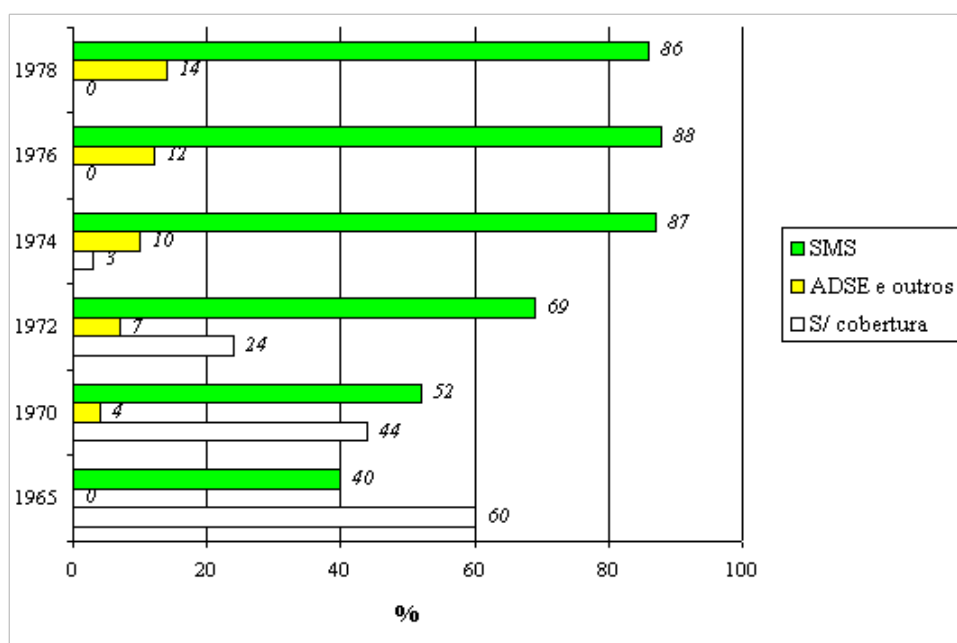


Figura 2.1: Evolução do grau de cobertura da população portuguesa por esquemas de seguro-doença (1965-1978) - Fonte: Adapt. de Campos (1983. 73)

Por fim, durante mais de um século, os cuidados de saúde hospitalares em Portugal evoluíram com a expansão do ensino médio, entrada da profissão médica no sistema hospitalar e a autonomia do poder

médico. Em 1901, seguindo o exemplo de Inglaterra, Ricardo Jorge cria a Direção Geral de Saúde garantindo higiene social a todos os portugueses e em 1946 é criada a Federação das Caixas de Providência. António de Oliveira Salazar, em 1958 cria o MSA embora grande parte dos portugueses não fosse coberto por um seguro. Na década de 70 foi criada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência que reconhece o direito à saúde e a responsabilidade do Estado.

2.1.5 Os cuidados de saúde Hospitalares em Portugal (1971 em diante)

Em 1971, com a reforma de Gonçalves Ferreira, foram criados os primeiros centros de saúde que incorporaram instituições com responsabilidades preventivas e de saúde pública e estavam inseridas e organizadas nas comunidades locais, realizando ainda o acompanhamento de alguns grupos de risco [17] [42] [43].

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro ficou definida a organização dos sistemas hospitalares, reestruturando os serviços centrais, regionais, distritais e locais; com o Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro, foi determinada a estruturação das carreiras profissionais dos funcionários da saúde. Com estes dois decretos, o MSA passou a conduzir toda a política de saúde, através das Direções Gerais de Saúde e dos Hospitais, e o Estado tomou a responsabilidade pela política de saúde e pela sua execução [44] [45] [46].

Em 1974 a Revolução causa uma mudança drástica no país, levando a uma transformação total dos Serviços Médico-Sociais [47] e em 1976, é aprovada a nova Constituição da República Portuguesa que declara, no artigo 68º, o direito à proteção da saúde e o dever de defender e promover a saúde [48].

No ano seguinte, em 1977, surge uma legislação de gestão com duas componentes: uma de auto-gestão e outra de tutela governamental [17]. De acordo com o Decreto-Lei nº129/77, com a necessidade da criação de um SNS seguiu-se a criação de uma lei orgânica hospitalar que definia princípios e órgãos de gestão. Anteriormente existiam grandes dificuldades na gestão hospitalar por muitos atos estarem sujeitos a autorizações ou confirmações por parte da Administração Central de Saúde. A resposta encontrada baseou-se em taxar os atos apoiados pelo Estado através dos órgãos competentes da Administração Central de Saúde [49].

A autonomia por parte dos hospitais tem como contrapartida a responsabilidade dos órgãos pela Secretaria de Estado da Saúde, do controlo da gerência e da direção dos estabelecimentos. A cargo do Estado permanecem, além disso, a nomeação ou homologação dos titulares dos órgãos de gestão e direção e o poder de definir normas e critérios de atuação, coordenando e padronizando a atuação dos diversos estabelecimentos [49].

Com o decreto-lei nº56/79, de 15 de Setembro de 1979, é oficialmente instaurado o SNS em que o Estado assume responsabilidade por assegurar o direito à saúde todos os cidadãos, independentemente da condições económica e social. [43] [46] [10] [50]

O SNS possui autonomia administrativa e financeira e estrutura-se em órgãos centrais, regionais e locais, apresentando serviços prestadores de cuidados primários, designados centros comunitários de saúde, e serviços prestadores de cuidados diferenciados, denominados hospitais ou instituições especializadas. É ainda apoiado por estabelecimentos e atividades de ensino que pretendam formar e desenvolver profissionais de saúde [10].

Na divisão de tarefas dos órgãos estruturais, os órgãos centrais encarregam-se dos seguintes pontos [10] :

- Estudo e proposta da política de saúde;
- Planeamento e avaliação da prestação de serviços e das atividades de saúde;
- Elaboração de normas de funcionamento de estabelecimentos e serviços;
- Inspeção técnica e avaliação de resultados;
- Tomada de decisões necessárias à organização e funcionamento do SNS;
- Coordenação dos diferentes sectores de atividade;
- Elaboração de normas sobre a celebração de convénios com entidades não integradas no SNS e a outorga de convénios de âmbito nacional;
- Participação em atividades interministeriais;
- Formação e investigação no campo da saúde;
- Tutela e fiscalização da atividade privada no âmbito do sector da saúde;

Quanto aos órgãos regionais, ficou delegado [10] :

- Execução da política de saúde
- Administração e gestão de serviços, registo de dados e análise epidemiológica
- Inspeção
- Controlo do exercício profissional.
- Planeamento e avaliação da prestação de serviços e das atividades de saúde
- Formação e investigação no campo da saúde
- Celebração de convénios de âmbito regional com entidades não itegradas no SNS, de acordo com as normas elaboradas pelos órgãos centrais.

Por fim, aos órgãos locais [10] é atribuída a:

- Administração e gestão de serviços, nos casos em que tal se justifique.
- Coordenação das unidades prestadoras de cuidados primários.
- Registo e análise de dados estatísticos.

Em 1980, com a Portaria nº 444-A/80, foi introduzida a carreira médica de clínica geral e familiar [46] [17] [51] e em 1981 é inicializado o internato da especialidade conforme definido na Portaria nº357/80 [52]. Posteriormente, em 1982, são regulamentadas as carreiras médicas de saúde pública, de clínica geral e hospitalar através do decreto lei nº310/82 e é definido o perfil profissional do médico de saúde pública e o grau de carreira médica: Assistente de Saúde Pública, Delegado de Saúde ou Chefe de Serviço de Saúde Pública [53].

Os centros de saúde de Primeira Geração foram integrados com as Caixas de Previdência, em 1983, formando assim os centros de saúde de Segunda Geração. A Segunda Geração herdou dos antecedentes todos os recursos, património físico e humano e duas culturas organizacionais distintas e foi adicionado a carreira médica de clínica geral conforme comprovado no decreto lei nº310/82 [17].

A Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP), criada em 1984 no Decreto-Lei n.º 74-C/84 de 2 de Março, substitui a Direção Geral de Saúde, criada em 1901 por Dr. Ricardo Jorge, e as Caixas de Previdência, ficando definido o fim dos serviços médico-sociais da Previdência [54].

A partir de 1985, Portugal entrou numa época de qualificação do sistema de saúde onde, em 1990, com a Base XII da Lei das Bases, foi aprovado uma nova norma do SNS com o objetivo de criar unidades agregadas de cuidados de saúde e flexibilizar a gestão dos recursos. Mais tarde, com a Base XXXIV, o

Governo introduziu taxas moderadoras no SNS com exceção para grupos de risco e economicamente desfavorecidos [55] [56].

Em 1993 surge o conceito de gestão privada nos Hospitais Públicos e é desenvolvido um sistema de informação baseado nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo, ou GDH, cuja definição, segundo a ACSS é *“sistema de Classificação de Doentes Internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Permite definir operacionalmente os produtos de um hospital, que não são mais do que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento e como parte do processo do tratamento definido.”* [57] . [47]

Sucintamente, a evolução dos cuidados de saúde hospitalares começou em 1971 com a criação dos primeiros centros de saúde e de dois decretos-lei, que definiram a organização dos sistemas hospitalares e a estruturação das carreiras profissionais dos funcionários da saúde. No mesmo ano, o MSA ficou responsável por toda a política de saúde através das direções gerais de saúde e dos hospitais e o Estado ficou responsável pela política de saúde e a sua execução. Em 1976 é aprovada a nova Constituição da República Portuguesa que declara o direito à proteção da saúde e o dever de defender e promover a saúde e em 1977 surge uma legislação de gestão com a componente autogestão e tutela governamental. Em 1979 é instaurado o SNS declarando o Estado como o total responsável por assegurar o direito à saúde de todos os cidadãos independentemente das suas condições económicas e sociais.

E ainda, na década de 80, foi introduzida a carreira médica de clínica geral e familiar, inicializado o internato da especialidade, regulamentadas as carreiras médicas de saúde pública, clínica geral e hospitalar e definido o perfil profissional do médico de saúde pública e grau de carreira médica. A integração dos Centros de Saúde de Primeira Geração e as caixas de previdência, em 1983, originaram os Centros de Saúde de Segunda Geração, herdando todos os recursos, património físico e humano dos antecedentes bem como a Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários substituiu a DGS criada em 1901. No início dos anos 90, foi aprovada uma nova norma do SNS com o objetivo de criar unidades agregadas de cuidados de saúde e flexibilizar a gestão dos recursos.

2.1.6 Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos

O aumento da esperança média de vida e a diminuição da natalidade tem levado a um contínuo envelhecimento da população, o que reflete a melhoria do nível de saúde dos Portugueses ao longo dos anos. Esta premissa traduz-se na qualidade de cuidados de saúde que existem em Portugal formando, no seu conjunto, a Rede Nacional de Cuidados de Saúde (RNCS) [58].

A RNCS organiza-se, operacionalmente, a nível regional e local e é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade. É composta por diferentes categorias de prestação de serviços [59] como os Cuidados de Saúde Primários, os Cuidados de Saúde Continuados/Integrados e Cuidados de Saúde Paliativos.

Conforme definido pela Organização Mundial de Saúde, os Cuidados de Saúde Primários são essenciais para um sistema de saúde e são “baseados em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis e em tecnologia universalmente acessível para indivíduos e famílias na comunidade através da sua participação e a um custo que a comunidade e o país podem dar ao luxo de manter em todas as etapas do seu desenvolvimento no espírito de auto-suficiência e autodeterminação.(...) É o pri-

meio nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde.”[60] [6].

Os CSP resultam na conjugação de condições económicas e características socioculturais e políticas do país com serviços sociais, ou seja, rendimentos, alojamento, educação e ambiente. ”Devem ser sustentados por sistemas de referência integrados, funcionais e de apoio mútuo, levando à melhoria progressiva de cuidados de saúde abrangentes para todos e dando prioridade aos mais necessitados.”[60] [17] [59]

Apesar disso, pode-se definir o conceito de cuidados primários como abrangendo os seguintes elementos estruturantes:

- Cuidados de Primeiro contacto: O Cuidado Primário, como primeiro contacto com os serviços de saúde, facilita a entrada no resto do sistema de saúde. A maioria dos países desenvolvidos alcançou o acesso universal e equitativo dos serviços primários, permitindo um maior acesso a esses serviços a grupos de população relativamente desfavorecidos. Basicamente, uma das principais funções dos cuidados de primeiro contacto é reduzir ou eliminar a dificuldade no acesso aos serviços de saúde necessários [61].
- Cuidados ao longo da vida ou longitudinais: A continuidade dos cuidados de saúde implica que os indivíduos usam a sua principal fonte de cuidados ao longo do tempo para os seus cuidados de saúde. Esta continuidade está associada a maior satisfação, melhor correspondência de serviços, baixa hospitalização e uso da sala de emergência [62] [63] [64].

O conhecimento prévio de um paciente por parte de um médico, refletindo a boa continuidade dos cuidados, aumenta a probabilidade de reconhecer problemas que influenciam a saúde do seu paciente [65].

A continuidade dos cuidados primários garante uma maior eficiência dos serviços no tempo economizado na consulta, menor uso de testes laboratoriais e menos gastos com cuidados de saúde [66]. Indivíduos que não possuem nenhuma fonte de cuidados primários são mais propensos a serem hospitalizados, a atrasar a procura de cuidados preventivos, a receber atendimento em departamentos de emergência, a ter custos mais elevados de cuidados de saúde e são menos propensos a serem vistos por um médico quando evidenciam sintomas. Desta forma, aqueles que estão inscritos nos centros de saúde estão melhores relativamente aos que não possuem cuidados regulares, na medida em que estão mais predispostos a manter os seus compromissos, a ter menos hospitalizações logo custos mais baixos, e a receber melhores cuidados preventivos [61].

- Cuidados abrangentes: De acordo com a Declaração da Alma-Ata de Setembro de 1978, os cuidados primários devem ser sustentados por sistemas integrados, funcionais e de apoio mútuo, levando à melhoria progressiva de cuidados de saúde abrangentes para todos e dando prioridade aos mais necessitados. Os governos devem formular políticas, estratégias e planos de ação nacionais para iniciar e sustentar a atenção primária à saúde como parte de um sistema nacional abrangente de saúde e em coordenação com outros sectores [60].

De forma resumida, os cuidados de saúde primários são parte da Rede Nacional de Cuidados de Saúde e são essenciais para um sistema de saúde e resultam na junção de condições económicas e características socioculturais e políticas do país com rendimentos, alojamento, educação e ambiente. Podem ser divididos em Cuidados de Primeiro contacto, longitudinais, abrangentes. Serão apresentados seguidamente os Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos que fazem igualmente parte da Rede

Nacional de Cuidados de Saúde.

Cuidados Continuados Integrados

De acordo com o Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho, os Cuidados Continuados Integrados consistem no conjunto de cuidados de saúde e apoio social a doentes crónicos e pessoas em situação de dependência, onde o principal foco reside na recuperação global, fomentando a autonomia e melhoria da funcionalidade da pessoa, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social [67] [68].

Indivíduos com dependência funcional, crónica ou doença incurável em estado avançado e em fase final de vida são os principais destinatários dos Cuidados Continuados. Os custos dos tratamentos são nulos para o cidadão e apenas os custos relacionados com os cuidados de apoio social são cobrados. Nos casos de permanência em unidades de internamento de média e longa duração, os custos dependem da capacidade económica de cada utente e família [68].

A Rede Nacional de Cuidados de Saúde Continuados Integrados (RNCCI) representa um conjunto organizado de unidades (internamento e ambulatório) e de equipas (hospitales e domiciliárias) de cuidados continuados de saúde, e/ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas. A RNCCI abrange hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social que prestam cuidados no local de residência do utente ou em locais equipados especificamente para o efeito [67] .

A RNCCI tem como propósito a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas dependentes, qualquer que seja a idade. Adicionalmente, tem como objetivos específicos [67] [69]:

- Prestação de cuidados e/ou apoio social a pessoas dependentes para promover a melhoria das condições de vida e bem-estar;
- Assistência a pessoas com perda de funcionalidade, ou em risco de a perder, no domicílio;
- Apoio, acompanhamento e internamento adequado a cada paciente levando a uma melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados e apoio social;
- Coordenação agregada dos cuidados em diferentes serviços e sectores;
- Prevenção de lacunas em serviços e equipamentos das necessidades das pessoas dependentes em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos, igualmente no Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, são cuidados coordenados e prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou domicílio, a doentes em sofrimento causado por doença severa ou incurável, em fase avançada e rapidamente progressiva, tendo como principal objetivo promover o bem-estar e qualidade de vida desses doentes [67]. As ações paliativas constituem medidas terapêuticas sem a finalidade curativa, procurando apenas minimizar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente [67].

Mais tarde, com a Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro [70], é criada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP) assim como a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Esta lei reconhece o direito dos cidadãos e regula o seu acesso aos cuidados paliativos que ficam à responsabilidade do Estado, de acordo com a Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro [71]. Segundo a base XI da LBCP [70], a Coordenação da RNCP é assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) que passa

a integrar a orgânica da ACSS, e a nível regional, pelas Administração Regional de Saúde (ARS), estando a caracterização dos serviços que integram a RNCP, a admissão dos doentes, os recursos humanos e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos definidos também nesta última citada Portaria [71].

Resumidamente, a RNCCI é um conjunto organizado de unidades e equipas que abrange os cuidados continuados de saúde, apoio social, cuidados e ações paliativas e, desta forma, os CCI representam cuidados de saúde e apoio social a doentes crónicos e pessoas em situação de dependência, focando-se na recuperação global, autonomia e melhoria da funcionalidade através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Os custos de internamento são nulos sendo apenas os de apoio social cobrados ao cidadão.

Os Cuidados Paliativos, por sua vez, são coordenados e prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou domicílio, a doentes em sofrimento causado por doença severa ou incurável, em fase avançada e rapidamente progressiva tendo como principal objetivo promover o seu bem estar e qualidade de vida. Com a criação da LBCP e a RNCP, em 2012, é reconhecido o direito dos cidadãos e regula o seu acesso aos cuidados que ficam à responsabilidade do estado. A coordenação da rede nacional é assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos passando a integrar a orgânica da ACSS e a nível regional pelas ARS. Por sua vez, a orgânica do Serviço Nacional de Saúde é apresentado no capítulo seguinte.

2.2 Orgânica do Serviço Nacional de Saúde

Tendo-se apresentado uma resenha histórica da prestação de Cuidados de Saúde em Portugal, descreve-se, em seguida, a atual orgânica do Serviço Nacional de Saúde.

De acordo com o organograma do MS [72], e pela figura 2.2, a área da saúde é constituída por diversas instituições, em que umas estão sob a administração direta do Estado, e outras sob a administração indireta do Estado dirigidas hierarquicamente pela Ministra da Saúde [73], salientando-se também a existência de corpos consultivos e instituições pertencentes ao Setor Empresarial do Estado, nomeadamente, as entidades públicas empresariais que apresentam dupla tutela (Ministro das Finanças e Ministra da Saúde) [73].

Também o SNS inclui instituições que funcionam em Regime de Parcerias Público-Privadas (PPP) [73] tendo por base a possibilidade prevista na legislação desde o início do século XXI e onde são instituições privadas que gerem unidades de saúde pertencentes ao SNS.

Refere-se também a existência da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que regula e supervisiona o sector de prestação de cuidados de saúde, é independente nas suas funções e dependente, principalmente, de transferências por parte do MS [74].

Quanto aos organismos periféricos, as ARS têm o dever de executar os objetivos da política nacional de saúde, gerir os recursos humanos, fornecer apoio técnico e administrativo às unidades de saúde e supervisionar e avaliar o desempenho das unidades de saúde da sua área territorial respetiva [74].

À parte do SNS, existem vários subsistemas de saúde, que se definem como esquemas especiais responsáveis pela prestação de cuidados de saúde para determinadas profissões ou organizações [59] [75]:

- ADSE abrange os funcionários da função pública e alberga diversos subsistemas de saúde públicos

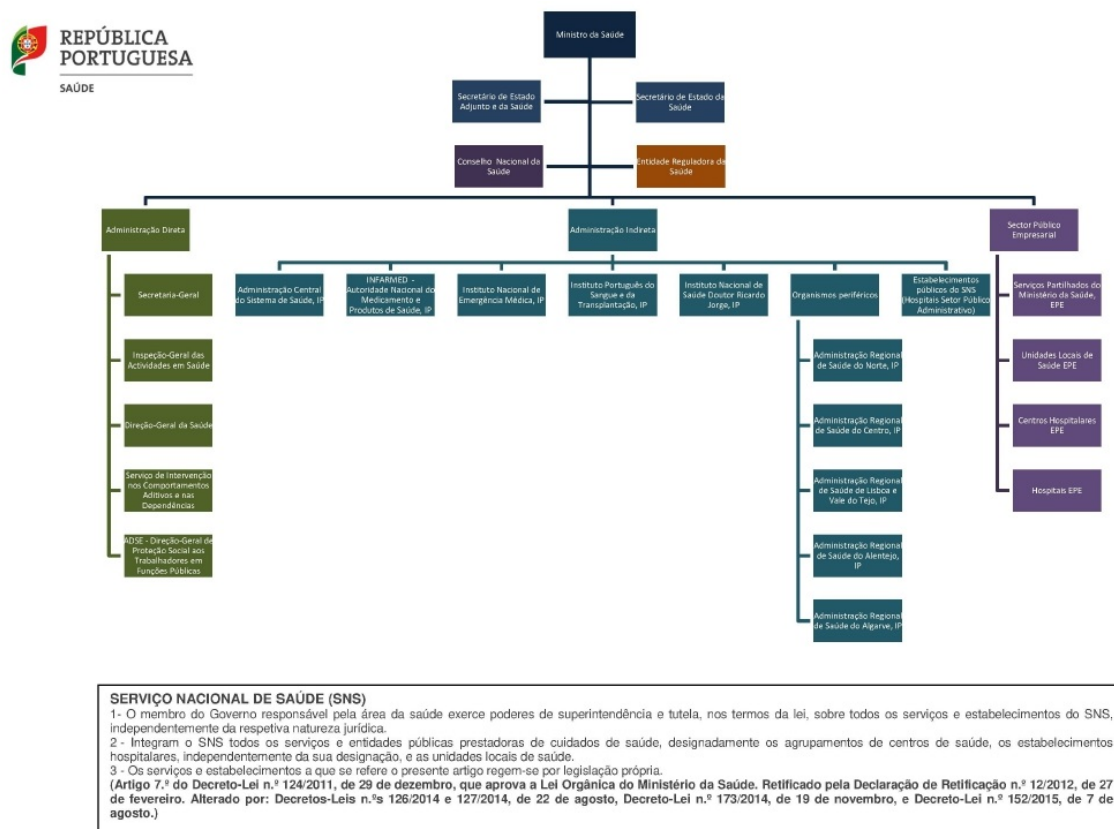


Figura 2.2: Organograma - Ministério da Saúde

[76].

- Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde (PT-ACS) respeitante ao setor privado, é direcionado aos funcionários da operadora telefónica [59].
- Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS) pertencente, também, ao setor privado mas destinado a bancários [77].
- Serviços de Assistência na Doença (SAD), pelo Decreto Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro [78] definiu o regime jurídico de assistência na doença ao pessoal da Guarda Nacional Republicana (GNR) e da Polícia de Segurança Pública (PSP).
- Assistência na Doença aos Militares (ADM), pelo Decreto Lei n.º 167/2005 de 23 de setembro, definiu o regime jurídico para ADM [79], ficando também especificado a Assistência na Doença aos Militares do Exército (ADME), a Assistência na Doença aos Militares da Armada (ADMA) e Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea (ADMFA).
- Serviços Sociais do Ministério da Justiça (SSMJ) ficaram definidos pelo Decreto Lei n.º 212/2005, de 9 de dezembro, [80].

O Serviço Nacional de Saúde sofreu evoluções ao longo de vários anos chegando à atual diretriz, onde a área da saúde está tanto sob a direção do Estado como pela Ministra da Saúde. Fazem também parte do SNS instituições que funcionam em regime de PPP, a ERS, as ARS entre outros subsistemas de saúde que são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde em determinadas profissões ou organizações.

Capítulo 3

Revisão da Literatura

3.1 Internamentos Evitáveis

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma revisão da literatura sobre os aspetos mais relevantes para o desenvolvimento deste trabalho. A revisão da literatura está subdividida em 2 temas centrais: a definição dos internamentos evitáveis e o financiamento em cuidados de saúde.

3.1.1 Definição de internamento evitável

O conceito de hospitalizações por *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), também conhecidas por Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatórios (ICSCA) ou simplesmente Internamentos Evitáveis, surgiu no início dos anos 90 nos Estados Unidos [81], passando assim pela substituição do internamento em unidade hospitalar pela adoção de abordagens mais compreensíveis ao doente em cuidados primários [1], como é o caso da promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento adequado [82] com o fim último de globalmente num sistema de saúde se reduzir o tempo de internamento [83].

Existem várias definições que caracterizam estas condições clínicas e são usadas tanto para pesquisa como para análise de política de saúde [84]. Estas baseiam-se em internamentos hospitalares em relação aos quais se reconhece que podiam ser evitados mediante a eficiência do tratamento de situações agudas, da prevenção da doença ou da gestão adequada de doenças crónicas. Os casos em que ocorre, de facto, admissão de emergência é um sinal de má qualidade dos cuidados primários, pois os ACSC são definidos como indicadores da qualidade dos cuidados prestados a nível de cuidados primários. Existem ainda diversos fatores que contribuem para a ocorrência deste tipo de internamentos [85] [86], como:

- Nível socioeconómico
- Faixa etária
- Existência de duas ou mais patologias no mesmo paciente, designada de comorbidade
- Distância ao hospital

Assim, num contexto de sistema de saúde, estes podem ser vistos como um indicador populacional do nível de acesso a cuidados ambulatoriais [81], complementando assim os estudos relacionados com as taxas de internamento ou os resultados dos cuidados de saúde que habitualmente determinam a eventual existência de problemas na organização ou na qualidade dos cuidados [87].

Desta forma, Billings e outros [88] desenvolveram o conceito de *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), afirmando que estes são condições para as quais ”o atendimento atempado e eficaz pode aju-

dar a reduzir os riscos de hospitalização, quer prevenindo o aparecimento de uma doença ou condição, controlando a doença ou condição episódica aguda, ou mesmo controlando uma doença ou condição crónica”[89]. Estas condições incluíam asma, angina, doença inflamatória pélvica, gastroenterite e insuficiência cardíaca congestiva [89]. De modo a identificar, de forma independente, as condições ACSC, Brown e outros [2] referiram três painéis de médicos Canadianos que seguiram diferentes técnicas para analisar as hospitalizações. Com base no método de Delphi, (*Delphi panel*, *modified delphi panel* e *Questionnaire panel*) [90] [91] [92], os médicos definiram três categorias básicas para agrupar as causas dos internamentos [88]:

- Condições relevantes - diagnósticos para os quais a previsão de atendimento ambulatorio oportuno e eficaz provavelmente terá pouco impacto sobre a necessidade de internamento hospitalar e onde há concordância geral entre os profissionais sobre os critérios clínicos de admissão.
- Diagnósticos ACSC - diagnósticos para os quais o atendimento ambulatorio oportuno e eficaz pode ajudar a reduzir os riscos de hospitalização prevenindo o aparecimento de uma doença ou condição, controlando uma doença ou condição episódica aguda ou controlando uma doença ou condição crónica.
- Encaminhamento de cirurgias sensíveis - procedimentos cirúrgicos de alto custo ou de alta tecnologia para os quais impedimentos de acesso ou encaminhamento para cuidados especiais podem reduzir a probabilidade de se efectuar uma cirurgia.

Paralelamente em 1992, Weissman e outros publicaram uma lista de 12 condições relativas a internamentos evitáveis que foram identificadas por um painel de especialistas [93]. Esta lista teve por base vários critérios:

- Consenso encontrado na literatura;
- Relevância dos problemas de saúde nos EUA;
- Precisão no registo e codificação da informação dos episódios de internamento;
- Validade clínica que justificasse a relação do internamento para determinada causa com a prestação de cuidados de ambulatorio.

As 12 causas de internamento evitável foram definidas com o objetivo de comparar o risco relativo de internamento evitável entre utentes sem cobertura de seguro e utentes com Medicaid. Concluíram que utentes que não tinham seguro eram mais propensos a serem hospitalizados pelas condições reportadas do que aqueles com Medicaid, assim como as taxas de internamento eram significativamente superiores e que muitas vezes estas condições podiam ser tratadas fora do hospital ou evitadas completamente [93] [94].

Anos mais tarde, a *Agency for Healthcare Research and Quality*, nos EUA, em 2002, declarou a existência de evidência científica relativamente à definição de uma lista de 16 ACSC consideradas de internamento evitável, bem como indicadores de qualidade da prevenção [95]. A utilização deste indicador estende-se por vários países: no Canadá, a lista integrava apenas 7 condições ACSC, sendo validada pelo *Canadian Institute for Health Information*, onde também eram considerados evitáveis os internamentos de indivíduos com idade inferior a 75 anos, vivos e com alta [90] [91] [92] [96].

No caso do Brasil, na década de 80, o sistema de saúde era essencialmente focado em hospitais ficando para segundo plano a prevenção primária sendo esta última acessível apenas à população urbana

empregada. Neste sentido, em 1994, foi estabelecida a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorganizar as práticas assistenciais com foco na atenção básica de saúde [97]. Em 2005, o MS identificou as condições sensíveis às ações de cuidados primários resultando num total de 20 doenças que refletem uma taxa de 27% de internamentos evitáveis [97].

Na Europa, foram poucos os países que recorreram à avaliação dos cuidados de saúde primários pelos internamentos evitáveis e que validaram listas de ACSC [94]. Em Inglaterra, de acordo com o programa *NHS Outcomes Framework*, foram definidas 19 condições de ACSC diferenciadas em evitáveis por vacinação, crónicas e agudas [98]. Bardsley e outros reuniram 27 condições ACSC que foram divididas em 3 grupos: agudas, crónicas e evitáveis por vacina. Os internamentos foram ligados a ACSC específicos com base no diagnóstico primário para a maioria das categorias, mas também quatro categorias adicionais - gangrena, diabetes, pneumonia e prevenção de vacinas - foram definidas como diagnósticos secundários [99].

Em Espanha, existe uma lista de ACSC validada por Josefina Caminal Homar que transpõe o conceito de origem nos EUA para a avaliação dos cuidados de saúde primários no contexto europeu. Para a seleção das condições de internamento evitáveis, os autores recorreram aos seguintes critérios [1]:

- Existência de estudos na literatura,
- Taxa de internamentos maior ou igual a 1/10 000 ou risco de saúde elevado,
- Clareza na definição e codificação do diagnóstico,
- Internamento evitável por ação dos CSP,
- Necessidade de internamento em caso de diagnóstico.

Na Suíça, as pesquisas realizadas em Inglaterra pelo *NHS Institute for Innovation and Improvement*, serviram de apoio para um grupo de trabalho analisar os ASCS [100]. Para o caso de Itália, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) desenvolveu os Indicadores de Qualidade Preventiva, um conjunto de medidas para identificar ACSC como taxas de admissão para o hospital com base no pressuposto de que altas taxas de hospitalização por ACSC podem resultar de um acesso deficiente à atenção primária e podem ser prevenidas [101] [95]. Apoiado pela mesma AHRQ, o sistema de saúde Dinamarquês levou a cabo uma reforma estrutural para melhorar e aumentar o nível de cuidados, a custos comparáveis com o *UK National Health Service* [102].

Resumidamente, são várias as definições de internamentos evitáveis que são usadas para pesquisas e para análises de políticas de saúde mas baseiam-se em internamentos hospitalares que podiam ser evitados por meio da eficiência do tratamento de situações agudas, prevenção da doença ou gestão adequada de doenças crónicas. Desta forma, quando ocorre realmente um internamento, é indicação de má qualidade dos cuidados primários visto que os internamentos evitáveis são indicadores de qualidade deste tipo de cuidados assim como parâmetros populacionais do nível de acesso aos cuidados ambulatoriais. A nível global, e especificamente na Europa, foram poucos os países que investiram na avaliação dos cuidados de saúde primários pelos internamentos evitáveis, como foi o caso de Espanha, Suíça, Itália e Dinamarca. Fora do continente europeu, foi nos anos 90 que surgiu o conceito nos Estados Unidos da América e, no Canadá, foram definidas três categorias básicas para agrupar as causas de internamento.

3.1.2 Porque é que se devem estudar os internamentos evitáveis?

De acordo com os estudos apresentados na subsecção anterior, os internamentos evitáveis são definidos como episódios de internamento que poderiam ter sido prevenidos e cujas situações clínicas controladas em cuidados de saúde primários, apesar de serem atendidos e tratados em regime de internamento hospitalar [94] [1] [100] [101] [95] [102]. O conhecimento relativo a estas hospitalizações permite, assim, auxiliar na identificação de algumas doenças crónicas com maior relevância para o sistema de saúde, bem como coadjuvar em termos de custos para o hospital [103].

O maior obstáculo para este tipo de análise reside na capacidade de resposta a, principalmente, duas questões [103]:

- Os episódios de internamento correspondem a casos clínicos que poderiam ser prevenidos em cuidados primários?
- O internamento terá sido justificado, no momento em que a procura hospitalar ocorreu?

De acordo com Billings e outros, o atraso no atendimento ou falha na obtenção de atendimento em cuidados de saúde primários de forma oportuna e eficiente pode resultar em hospitalizações evitáveis em situações comuns como asma, diabetes ou insuficiência cardíaca congestiva. Taxas de internamento mais elevadas para estas condições numa área territorial ou entre um subgrupo da população podem ser uma indicação de sérios problemas de acesso ou desempenho [104].

Da mesma forma, o risco de hospitalizações por ACSC aumenta com o número de comorbilidades existentes, podendo ser explicadas pela dificuldade dos utentes em gerir as doenças, particularmente devido à eventual complexidade dos regimes terapêuticos e dos sintomas existentes, o que também leva a que surjam desafios aos prestadores de cuidados de saúde face ao número cada vez maior de especialidades e transversais a várias classes profissionais [105] [106].

A nível dos sistemas de saúde, existem algumas preocupações relacionados com os internamentos evitáveis, como é o caso do aumento da eficiência na utilização do internamento, do melhoramento da gestão de modo a minimizar as estadias e do desenvolvimento de respostas alternativas de ambulatório mais centradas no doente [107]. O prolongamento dos episódios evitáveis conduz a complicações para o doente, aumentando o risco de infeções, malnutrição, depressão e agravamento dos estados de dependência. A estes elementos acrescenta-se o factor de ocupação de camas hospitalares que congestiona serviços de urgência e consequentemente um impacto nos tempos de espera para internamentos, incluindo cirurgias [107].

Deste modo, a necessidade de estudar os internamentos evitáveis torna-se imperativo, não só para minimizar hospitalizações, como também para reduzir o respetivo custo e melhorar o estilo de vida das pessoas [108].

3.1.3 Estudos realizados no mundo e principais resultados dos estudos relacionados com os internamentos evitáveis

O estudo dos internamentos evitáveis constitui um motivo de discussão na comunidade científica mundial principalmente devido à sua definição e utilização nos diversos sistemas de Saúde [13], havendo, por isso, várias definições na literatura referentes aos mesmos [94], o que leva a que a taxa de hospitalização devido a ACSC seja muito variável, quando comparadas diversas populações ou países, sendo que a

capacidade tecnológica disponível não parece ser um fator que leve à redução deste tipo de internamentos [109].

A nível mundial é possível salientar que diversos países utilizam a taxa de internamentos evitáveis como indicador da eficiência dos cuidados primários, como a Nova Zelândia [110], o Canadá [111], o Reino Unido [112], os Estados Unidos [105] e a Austrália [113] [114]. No caso dos Estados Unidos, as primeiras versões deste indicador excluíram utentes com mais de 65 anos por se considerar que os idosos não teriam dificuldade em aceder aos atendimentos em ambulatórios, considerando que os mesmos se encontravam cobertos pelo programa Medicare [105]. Este programa foi criado em 1966 pela Administração da Previdência Social (SSA) e agora administrado pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS), oferecendo um seguro de saúde para americanos com mais de 65 anos, pessoas jovens com algum tipo de deficiência, bem como pessoas com doença renal terminal e esclerose lateral amiotrófica [115]. Em versões posteriores desse indicador, os idosos passaram a ser incluídos como elegíveis para o cálculo do mesmo, tendo por base a sua carga de doença [116], sendo que desta forma, apenas os idosos que não possuam cobertura de seguro de saúde são mais vulneráveis à escassez de médicos e impedidos de acederem aos cuidados primários [116]. Porém, não existe consenso na comunidade científica relativamente à existência de verdadeiros internamentos evitáveis na população idosa [117].

No Brasil, em 2007, foi publicada uma "Lista de Causas de Mortes Evitáveis por ações do Sistema Único de Saúde (SUS)" tendo por base o consenso de especialistas de várias áreas. A lista inclui, assim, causas de morte mal definidas redistribuídas proporcionalmente por 5 grupos [118]:

- reduzíveis pelas ações de imunoprevenção (subgrupo 1);
- reduzíveis por ações de promoção à saúde, adequada prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas (subgrupo 2);
- reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis (subgrupo 3);
- reduzíveis por adequada ação de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna (subgrupo 4);
- reduzíveis por ações intersetoriais e de promoção à saúde, prevenção e atenção adequada às causas externas (acidentais e violências) (subgrupo 5).

Por outro lado, na Austrália, as hospitalizações evitáveis foram desenvolvidas como um indicador no *Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions Study*, tendo por base uma seleção de condições da literatura internacional [113] [114], de onde se pode salientar pneumonia, asma, insuficiência cardíaca congestiva entre outras [119]. As especificações relacionadas com as hospitalizações evitáveis, como mudanças na codificações e classificação da doença e revisões importantes ocasionais, podem influenciar as contagens de internamentos e também a prestação dos cuidados de saúde [117]. Um exemplo de mudanças realizadas ao longo do tempo é o caso da diabetes que era registada como diagnóstico "principal" [120] [121].

Em suma, os internamentos evitáveis estudados no mundo alteram-se devido à sua definição e utilização nos diversos sistemas de saúde levando, por isso, a que a taxa de hospitalização seja muito variável.

3.1.4 Estudos realizados em Portugal e principais resultados relacionados com os internamentos evitáveis

De acordo com Sarmiento e outros [13], as hospitalizações evitáveis, em Portugal, assumem um valor considerável, apesar de não existir clareza quanto à metodologia a utilizar por não se conhecer nenhum estudo definitivo de definição e validação de uma lista de ACSC adaptada à realidade portuguesa [85].

Em 2004, havia 1 475 internamentos evitáveis por cada 100 mil habitantes. Em 2012, eram quase 1 600, e este valor representava 18% de todos os internamentos no SNS [108]. Definido pela taxa de internamentos por 100 000 habitantes, os internamentos devido a ACSC representam um indicador essencial na orientação de acções para o desenvolvimento de cuidados de ambulatório apropriados e mais eficientes [122][123]. No entanto, até 2016, este indicador torna-se fundamental para o cálculo de ganhos em saúde [85].

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2013 relativamente aos cuidados de saúde em ambulatório em Portugal, conclui que pelo menos 32 500 hospitalizações - 89 internamentos desnecessários por dia, ou seja, 3 por hora - podiam ser evitadas se as respostas fora dos hospitais fossem reforçadas [3]. De acordo com o mesmo relatório, os cuidados de saúde primários têm de ser reforçados para dar resposta a uma população cada vez mais envelhecida e com doenças crónicas. Para o Alto Comissariado da Saúde, apesar das diferentes propostas de abordagem aos ACSC adotadas em vários trabalhos desenvolvidos em contexto nacional, a proposta a usar é a metodologia desenvolvida pelo CIHI [124].

De acordo com Carneiro [125], a metodologia de Billings e outros [88] foi utilizada para compreender a influência das variáveis de acesso aos ACSC nos internamentos evitáveis. Foram identificados os diagnósticos mais frequentes e concluiu-se que o recurso a estas variáveis contribuiu para a exatidão do modelo de internamentos por ambulatório [85].

Um outro estudo publicado pela ERS, em 2015, relativamente ao desempenho das Unidade Local de Saúde/Unidades Locais de Saúde (ULS) calculou o número de internamentos devido a ACSC com base na lista de diagnósticos definidos por Billings e outros [88] [126], e a gestão do internamento hospitalar afasta-se cada vez mais da média europeia em matérias como os custos ou os tempos de internamento [127]. Segundo estatísticas da ACSS, todos os anos perdem-se cerca de 170 milhões de euros em internamentos evitáveis, sendo que e as seguintes doenças: insuficiência cardíaca, pneumonia ou doença pulmonar obstrutiva crónica, representam 85% desse total [128].

A World Health Organization (WHO) desenvolveu um estudo em que se discute e apresenta algumas recomendações acerca das condições de saúde que poderiam ser efetivamente prevenidas, diagnosticadas e tratadas em Portugal no contexto dos CSP, com base na aplicação da metodologia de Josefina Caminal Homar [4] [1]. O estudo identifica ainda a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a insuficiência cardíaca e a hipertensão arterial como as três causas prioritárias de internamentos devidos a ACSC [4] [85].

Sumariamente, não existe entendimento quanto à melhor metodologia a utilizar por não se conhecer nenhum estudo de definição e validação adaptada à realidade do país e em 2016, os internamentos evitáveis tornaram-se fundamentais no cálculo de ganhos em saúde. Para o Alto Comissariado da Saúde, a proposta é a metodologia desenvolvida por Brown e outros [2] apesar dos diferentes trabalhos desenvolvidos. No entanto, foi desenvolvido um estudo pela WHO, que discute e apresenta recomendações acerca das condições de saúde no contexto dos CSP em Portugal, com base na metodologia de Josefina

Caminal Homar [1].

3.2 Financiamento em Cuidados de Saúde

Segundo a OMS, o financiamento define-se como a função do sistema de saúde referente à mobilização, acumulação e alocação de dinheiro de forma a cobrir as necessidades de saúde de todas as pessoas, individualmente ou coletivamente, no sistema de saúde [129].

A sua importância é um dos assuntos mais abordados em gestão de organizações [130] por ser capaz de promover a eficiência e qualidade do sistema de saúde [131]. O modo como cada país define o sistema de financiamento através dos seus sistemas de saúde, quer seja na obtenção de recursos, quer seja na distribuição desses recursos, influencia o comportamento das diferentes pessoas e instituições que participam no sistema, sejam hospitais, médicos, enfermeiros, doentes, gestores, farmacêuticos ou seguradoras [132].

3.2.1 Natureza do Financiamento

Cerca de 30% dos recursos financeiros relacionados com cuidados de saúde dizem respeito aos hospitais e este mesmo setor sofre de grande pressão para o controlo da despesa em saúde [133]. Ao mesmo tempo, é o internamento que dentro dos hospitais tem maior peso no consumo de recursos [134].

São considerados dois modelos de afetação de recursos financeiros aos hospitais: retrospectivo e prospetivo, onde se incluem várias modalidades e unidades de pagamento [135].

O modelo retrospectivo ou pagamento por orçamento a custo histórico define que a base do pagamento é a despesa verificada em anos anteriores, não existindo relação direta do financiamento com a produção ou com o nível de desempenho. O sistema de pagamento retrospectivo permite aos hospitais recuperar as despesas relacionadas com tratamento dos doentes, independentemente de essas despesas terem sido elevadas ou baixas, excessivas ou eficientes [136]. Desta forma, considera-se que um hospital é financiado retrospectivamente quando estamos perante um sistema de reembolso de custos [136].

São várias as vantagens e desvantagens relativas a este tipo de pagamento. Os benefícios baseiam-se na liberdade conseguida e na maior continuidade nos cuidados. De acordo com um estudo realizado por Hickson, os médicos pagos pelo sistema de pagamento baseado no acto tinham 22% de consultas a mais por doente do que os médicos assalariados e os próprios doentes tinham maior probabilidade de serem vistos pelo seu médico regular se este fosse pago por este sistema [137] [136] [138]. Em relação a desvantagens, este tipo de pagamento é um sistema "aberto no fim", conforme descrito por Barros, que oferece aos prestadores um cheque em branco para encorajar a procura se estes quiserem [138]. A não orientação para preços, tipo, quantidade e qualidade dos serviços prestados poderá levar à subprodução, inefetividade, desperdício e má qualidade, por falta de indicadores do desempenho [135].

O modelo prospetivo, por outro lado, baseia-se no pagamento de acordo com a atividade desenvolvida, sendo antecipadamente fixados preços, tipo e volume dos serviços a prestar [136]. Ao estabelecer um pagamento fixo antes do tratamento ter lugar, este modelo fornece fortes incentivos à poupança de recursos. Se o hospital usar muitos recursos então perderá financeiramente, enquanto que se poupar, ficará com excedente para usar livremente. Em contrapartida, a incerteza financeira para o hospital é muito maior, enquanto no sistema de pagamento retrospectivo não existe qualquer incerteza [136].

Um dos efeitos críticos dos modelos de pagamento associados à capitação é a possibilidade de redução da prestação de cuidados de saúde mais onerosos e seleção adversa de doentes, ou seja, a seleção de doentes que causa menores custos e melhores resultados [139]. Para além disso, o pagamento prospectivo encoraja os prestadores a reduzir o valor do tratamento para o qual recebem uma unidade de pagamento. Os médicos podem vir a reduzir os tempos de consultas, prescrever excessivamente ou ainda enviar demasiados doentes para os hospitais levando a uma menor motivação e redução no bom atendimento de doentes [138].

Os métodos de pagamento para ambos os modelos incluem [134] [140] [141] [132] :

- ausência de incentivos à racionalização da utilização dos recursos por parte dos prestadores,
- pagamento por ato - forma de pagamento associada à prestação de um determinado ato ou serviço. O número de atos produzidos determina o nível de recursos disponibilizados ao hospital e os prestadores são remunerados por cada ato ou serviço prestado sendo que o pagamento total é o somatório de todos os atos prestados [138].
- pagamento por diária de internamento - pagamento com base nos dias de internamento do doente. Cria um incentivo a internamentos mais prolongados, favorecendo financeiramente o hospital, mesmo que os doentes possam ser tratados em ambulatório [138].
- pagamento por orçamento global - forma de pagamento que consiste no pagamento prévio ao prestador de uma quantia global, destinada a cobrir as despesas incorridas pelo prestador durante um determinado período de tempo, pelo que pressupõe o estabelecimento prévio do volume e características de produção [134]. O principal problema associado com este modelo de pagamento decorre da capacidade do pagador em fazer cumprir o orçamento global [138].
- pagamento por capitação - utilizado nos EUA para o financiamento das *Health Maintenance Organizations (HMO)*, pressupõe a atribuição de um montante global fixo por cada pessoa que integra um determinado nível de cuidados, independentemente de precisar ou não de cuidados, com o intuito de financiar os custos referentes a um conjunto de serviços [142] [132] [134].
- pagamento por caso clínico - dentro deste tipo de pagamento, existem duas modalidades básicas: por episódio clínico e por doente saído [138]. Segundo Barnum e outros, esta metodologia de pagamento potencia uma produção mais eficiente e mais custo-efectiva, residindo a sua maior vantagem no incentivo à contenção de custos por caso [132].

No que se refere às unidades de pagamento, o risco e, consequentemente, os incentivos para mudanças comportamentais são tanto maiores quanto mais agregada for a unidade de pagamento. Um exemplo é o caso de internamento, pois coloca o prestador perante uma maior incerteza de cobertura financeira da sua atividade do que um pagamento por cada acto prestado [140].

Os métodos de pagamento tendem a reunir características mistas embora predomine uma ou outra filosofia sendo, por isso, mais provável encontrar modelos de afetação de recursos financeiros que combinem, por exemplo pagamentos prospectivos por caso ou orçamentos globais com reembolso de custos para algumas áreas específicas [140] [132] [85].

Resumidamente o sector hospitalar é dos que sofre maior pressão para o controlo da despesa em saúde mas são também os internamentos hospitalares que pesam mais no consumo de recursos. Na afetação de recursos hospitalares, existem dois modelos: retrospectivo e prospectivo. O modelo retrospectivo - pagamento por orçamento a custo histórico - define que a base do pagamento é a despesa verificada

em anos anteriores. Este sistema permite aos hospitais recuperar despesas relacionadas com tratamento de utentes representando, assim, um sistema de reembolso de custos. Os médicos pagos por este sistema davam mais consultas por utente que os médicos assalariados e os próprios utentes tinham maior probabilidade de serem vistos pelo seu médico regular se este fosse pago por este sistema porém, a não orientação para preços, a quantidade e a qualidade dos serviços prestados podia levar à subprodução, inefectividade e desperdício. Por sua vez, o modelo prospetivo baseia-se no pagamento de acordo com a atividade desenvolvida. Ao estabelecer um pagamento fixo antes do tratamento ter lugar incentiva à poupança de recursos, contudo existe incerteza financeira. O pagamento prospetivo encoraja os prestadores a reduzir o valor do tratamento para o qual recebem uma unidade de pagamento.

3.2.2 Como é feito atualmente o financiamento dos CSP em Portugal?

Os Cuidados de Saúde Primários são o primeiro contato que os doentes têm com o sistema de saúde. A prestação deste tipo de cuidados é feita por clínicos gerais - especialistas em medicina geral e familiar - [136], normalmente ao nível dos centros de saúde [143].

O processo de contratualização nos cuidados primários valoriza o desempenho multidimensional das instituições e tem por base a contratação de cuidados de saúde, organizada em dois subprocessos [144]:

- Subprocesso 1) A contratualização externa, realizada entre as ARS e os respetivos ACES, formalizada com a negociação dos Planos de Desempenho e a assinatura dos Contrato-programa.
- Subprocesso 2) A contratualização interna, realizada entre os ACES e as respetivas unidades funcionais, formalizada com a negociação dos Planos de Ação e a assinatura das Cartas de Compromisso.

Os Diretores Executivos e os Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES assumem a responsabilidade plena do processo de contratualização interna com as unidades funcionais, competindo aos Departamentos de Contratualização das ARS o acompanhamento da qualidade e da coerência dos processos, assegurando a sua adequação e robustez técnica [144].

O financiamento do SNS é da responsabilidade da ACSS e o modelo deste financiamento é baseado na distribuição dos recursos financeiros por cada região de saúde, com base nas características da população e de acordo com a capitação ajustada, sob a responsabilidade de cada ARS [145].

Relativamente aos CSP, este é um sector que foi criado no seguimento da reforma dos cuidados de saúde primários e da necessidade do desenvolvimento estratégico das áreas de financiamento e contratualização. Este setor é responsável pelo estudo de modelos de financiamento e modalidades de pagamento para os cuidados primários de saúde [146]. Também compete a esta área a definição de cláusulas gerais dos contratos-programa a celebrar com os ACES e das cartas de compromisso com as respetivas unidades funcionais, bem como o acompanhamento, a nível nacional da execução dos contratos-programa dos ACES, nas vertentes de produção e económico-financeira [146].

O setor dos CSP é também responsável pela monitorização dos sistemas de custeio para a formação dos preços ao nível dos cuidados de saúde primários, cabendo-lhe ainda o estudo, a implementação e a garantia da qualidade dos sistemas de classificação de doentes a este nível de cuidados, incluindo a realização de auditorias de codificação e registo de actividade [146].

Em suma, sendo os Cuidados de Saúde Primários o primeiro contacto com o sistema de saúde, os mesmos são prestados por clínicos gerais ao nível dos centros de saúde. A contratualização nos cuida-

dos primários é organizada em dois subprocessos: externamente, entre ARS e ACES, e internamente, ACES e respetivas unidades funcionais. O financiamento do SNS é da responsabilidade da ACSS e o modelo do financiamento é baseado na distribuição dos recursos financeiros por cada região de saúde e características da população, sob a responsabilidade de cada ARS. O setor do CSP passou a ser responsável pelo estudo dos modelos de financiamento e modalidades de pagamento dos cuidados primários assim como na definição de cláusulas gerais dos contratos-programa a celebrar com os ACES. Também é responsável pela monitorização dos sistemas de pagamento para a formação dos preços, pelo estudo, implementação e garantia da qualidade dos sistemas de classificação de doentes a este nível de cuidados.

3.2.3 Como é feito atualmente o financiamento dos Cuidados de Saúde Hospitalares em Portugal?

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) defende que é urgente mudar a forma como são financiados os hospitais públicos [147]. Um exemplo que tem o potencial de contribuir para melhorar o acesso aos cuidados de saúde hospitalares é a hospitalização domiciliária que realiza uma melhor gestão das camas disponíveis para o tratamento de doentes agudos no SNS [148].

O relatório do Orçamento de Estado (OE) conclui que "o atual modelo de financiamento em Portugal não incentiva a integração de cuidados, os resultados em saúde e o investimento, nem está alinhado com as necessidades crescentes e distintas da população", sendo "urgente repensar o modelo de organização do sistema", desviando-se a atenção da prestação de cuidados e focando-se na promoção da saúde e prevenção da doença através da integração de cuidados [147].

Atualmente, fazem parte do SNS Português, de acordo com o regime jurídico de gestão hospitalar, 6 hospitais do setor público administrativo, 38 hospitais EPE e 4 hospitais funcionando como PPP. Isto corresponde a 23 centros hospitalares, 9 hospitais individuais, 8 hospitais pertencentes a ULS, 3 institutos oncológicos, 3 institutos de medicina física e de reabilitação 1 centro de habilitação psiquiátrico [149].

O sistema de financiamento atual não está a responder corretamente a estas necessidade sendo, por isso, proposto um novo modelo que pretende contribuir para o desafio social relacionado com a saúde que é atravessado atualmente na sociedade portuguesa. Através da análise dos dados da Base de Dados de Morbilidade Hospitalar entre 2010 e 2016, analisando as características da população, severidade da doença, mortalidade, comorbilidades de Charlson, readmissões, diagnósticos secundários e GDH associados aos episódios de internamento das ULS, recorrendo a um modelo de regressão logística ordinal de odds proporcionais foi desenvolvido um novo modelo a partir do qual são obtidos novos valores de capitais a financiar diferentes dos valores presentes no modelo em vigor [150].

Desta forma, considerando que segundo Iezzoni (2013) o financiamento das unidades de saúde deve ter em conta as características da população e que a literatura mais recente estabeleceu que a integração vertical de cuidados de saúde em Portugal levou a ligeiras melhorias nos resultados em saúde, apontando como a possível causa para não existirem melhores resultados o modelo de financiamento existente que apenas tem em consideração algumas características de população recorrendo a indicadores do Instituto Nacional de Estatística para efeitos de cálculo no atual modelo [150].

Em síntese, de acordo com o relatório do Orçamento de estado, "o atual modelo de financiamento em Portugal não incentiva a integração de cuidados, os resultados em saúde e o investimento, nem está alinhado com as necessidades crescentes e distintas da população.(...) É urgente repensar o modelo de organização o sistema"procurando forçar-se na promoção da saúde e prevenção da doença através da

integração de cuidados. O sistema de financiamento atual não está a responder corretamente a estas necessidades sendo, então, proposto um novo modelo baseado nas características da população, severidade da doença, mortalidade, entre outros, a partir do qual se obtem novos valores de capitais a financiar diferentes valores presentes no modelo em vigor.

Capítulo 4

Metodologia

4.1 Materiais e métodos de estudo e suposições necessárias

Neste capítulo, através da explicação da metodologia de pesquisa e do objeto de estudo, serão definidas as questões centrais de estudo, as hipóteses, o tipo de pesquisa, a definição do critério de seleção do universo e da amostra, a coleta de dados e as limitações da metodologia.

Repescando os objetivos do estudo anteriormente já definido, salienta-se que com o presente trabalho se pretende:

- Caracterizar a dimensão dos internamentos evitáveis no sistema de saúde português;
- Avaliar o impacto dos internamentos evitáveis no financiamento dos cuidados de saúde hospitalares no SNS;
- Calcular o impacto da não existência destes internamentos nas instituições hospitalares.

Análise das metodologias utilizadas para a seleção de internamentos evitáveis

Para este estudo, utilizaram-se duas metodologias: a metodologia desenvolvida por Caminal [1] e a metodologia desenvolvida por Brown e outros [2]. As metodologias foram escolhidas por possuírem abordagens pertinentes e com caminhos direcionados para a resolução do estudo.

De acordo com a metodologia de Caminal[1], foram utilizados os critérios propostos por Solberg [151] e Weissman [152] para obter a lista de códigos associados a casos de ACSC mas baseando-se também no painel de especialistas que seguiu a pesquisa Delphi [1]. O objetivo do estudo, de acordo com Caminal [1], é determinar se a relação entre os internamentos evitáveis e os CSP correspondem na Europa aos que correspondem nos EUA como também se especificar qual aspeto do nível de cuidado seria responsável pela redução das taxas de hospitalização [1].

A seleção dos códigos ICD para a lista de ACSC envolveu três passos: recolha de toda a informação da literatura, opinião relativa à aptidão de cada um dos códigos previamente usados e uma Seleção final. Desta forma, os 5 critérios finais para a escolha dos respetivos códigos usados foram [1]:

- Critério 1: Existência de estudos anteriores
- Critério 2: taxa de hospitalizações com um mínimo de 1/10 000 com doentes com alto risco de hospitalização.

- Critério 3: Especificação na definição e no código de diagnósticos
- Critério 4: Internamentos evitáveis pelos Cuidados de Saúde Primários.
- Critério 5: Hospitalização necessária quando o problema de saúde ocorre.

Desta forma, obteve-se um total de 61 códigos de diagnóstico levados a um grupo de peritos com vista a ser realizada uma seleção final destes, sendo que a maioria das condições, crónicas ou agudas, foram consideradas sensíveis para Cuidados de Saúde realizados em Ambulatório. Relativamente à metodologia CIHI, as hospitalizações evitáveis foram identificadas a partir de diagnósticos principais detetando 19 condições, com uma lista atualizada de códigos de diagnósticos conhecidos ICD-10. As comorbilidades e a existência de casos cirúrgicos foram usados como critérios de exclusão para melhorar a especificidade de deteção de potenciais casos de internamentos evitáveis [2].

Os ACSC foram, assim, identificados a partir da lista de códigos diagnósticos principais, segundo Purdy e outros [84]. No entanto, alguns códigos não foram adicionados à lista por não fazerem parte da definição clínica de ACSC como é o caso de refluxo esofágico, anemia aplástica, recém-nascidos, partos, traumas e doenças potencialmente fatais.

Consequentemente, algumas cirurgias associadas a ACSC foram identificadas através de categorias de diagnóstico e cirurgias e consideradas como não sendo critérios de exclusão e como: estômago, peritónio e esófago para sangramento de úlcera; amputação de membro inferior para gangrena, pequenas cirurgias no útero e vagina para doenças inflamatórias pélvicas e na boca e dentes para condições dentárias. [153] [2]

Desenho do estudo

Para a concretização dos objetivos propostos, desenvolveu-se um estudo observacional e analítico, de acordo com a definição dada por Caminal [5] e com a definição de Brown e outros [96] e recorrendo a dados retrospectivos relativos aos internamentos nos hospitais do SNS no território de Portugal Continental, no ano de 2015, disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) através da Base de Dados de Morbilidade Hospitalar.

Salienta-se que a recolha e utilização dos dados constantes na Base de Dados de Morbilidade Hospitalar encontra-se autorizada pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, ao abrigo do Parecer n.º 14/95 e foi regulada, através de protocolo, a sua transmissão para Ciências, tendo a estudante e os orientadores desta assinado, como mostra o Anexo D, acordos de confidencialidade.

Paralelamente refere-se que não foi solicitada autorização para realizar o presente estudo à Comissão de Ética para Recolha e Proteção de Dados de Ciências, uma vez que os dados utilizados no mesmo foram anonimizados por uma instituição exterior à Comunidade de Ciências e não se colheram quaisquer dados primários.

População e amostra

Na presente investigação, que visa estudar os internamentos evitáveis como agente modelador do financiamento do SNS, define-se como população todos os internamentos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde nos hospitais em Portugal Continental, correspondendo a amostra do estudo aos internamentos

registados nos hospitais do SNS no ano de 2015. A amostra deve ser representativa do universo de estudo, ou seja, deve conter as características da população. Para a análise da mesma recorreu-se a duas metodologias de identificação dos ACSC: metodologia segundo Caminal [1] - daqui para a frente definida como "Metodologia Espanhola- e outra de acordo com a metodologia de Brown e outros [2] - daqui para a frente definida como "Metodologia CIHI".

Recolha dos dados

Para a amostra, utilizou-se a já referida Base de Dados de Morbilidade Hospitalar da ACSS, IP onde foram recolhidos os dados relativos a 6 665 132 episódios de internamentos de cidadãos residentes no território continental português, no ano de 2015. Foram excluídos os episódios de ambulatório (por exemplo cirurgia de ambulatório e hospital de dia), os episódios de internamento cuja residência é nas regiões Autónomas ou fora de Portugal/desconhecida e também episódios onde existiram transferências inter-hospitalares resultando em 1 624 683 dados e foram determinados os ACSC com base no código de diagnóstico principal, segundo a *Internacional Classification of Diseases Nineth Revision Clinical Modification (ICD-9CM)*[154] de acordo com as duas metodologias internacionais previamente referidas. Para a metodologia espanhola [1], o total de dados a analisar foi de 69 949 internamentos e para a metodologia CIHI [2] foi de 16 156 casos de internamento. O design de estudo está especificado na figura 4.1 e na secção Apêndice estão os códigos de diagnóstico selecionados para cada uma das metodologias referidas.

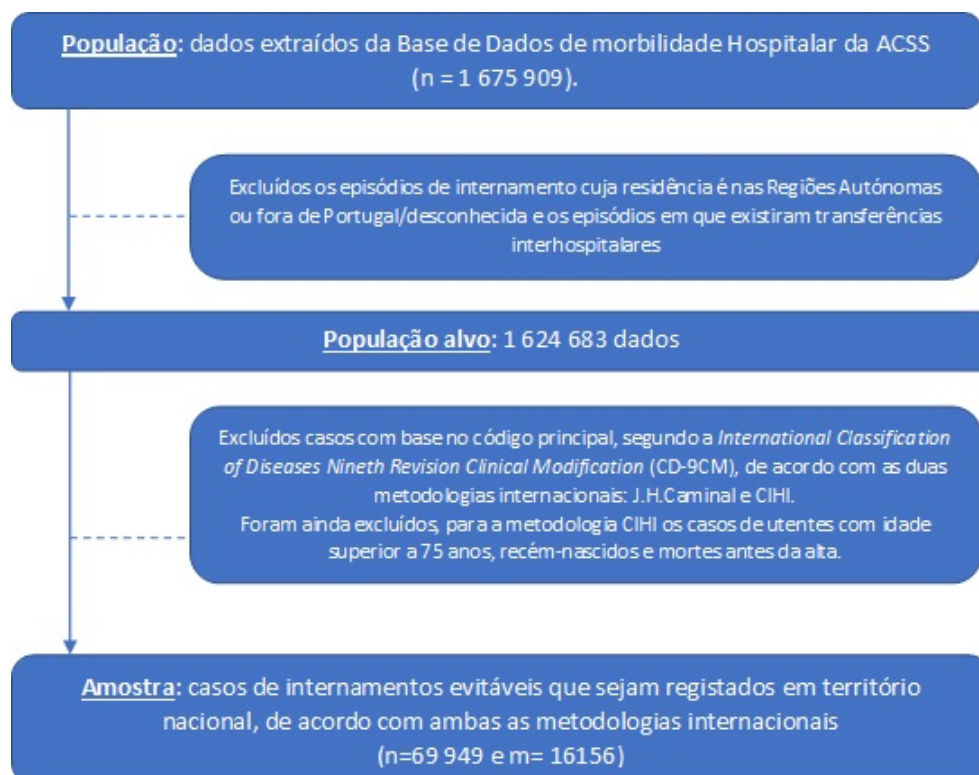


Figura 4.1: Design de estudo: descrição da amostra usada

Análise dos dados

A análise da base de dados foi realizada com recurso à ferramenta informática SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 25 e para uma pré-análise dos dados e apresentação gráfica dos mesmos, optou-se pela utilização do software Microsoft Excel®.

Com base nos códigos de diagnóstico ICD-9 definidos, o total de dados relacionados com Diagnósticos e Episódios foram analisados e filtrados para as duas metodologias em estudo.

Desta forma, e com vista a cumprir os objetivos do presente trabalho recorreu-se à Tabela de Preços do Serviço Nacional de Saúde vigente em 2015 [155]. Considerando que o agrupador vigente no sistema de classificação de doentes corresponde ao All Patient Refined versão 31 [156], apresenta 4 níveis de severidade, informaticamente computou-se o necessário com vista a se poder calcular o custo de internamento para cada instituição hospitalar, tendo em consideração o valor base da Tabela de Preços do Serviço Nacional de Saúde para 2015 (2 285,00€), bem como o limiar mínimo para cada nível de severidade de cada Grupo de Diagnóstico Homogéneo que representa um potencial fator de redução do preço, através do ajuste pelo doente equivalente e também da média dos pesos relativos dos internamentos ocorridos em cada instituição do SNS.

Assim, apresenta-se o explicitado anteriormente nas expressões matemáticas seguintes:

$$\text{Preço de Internamento}_i = \text{Preço Base} \times \text{Peso Relativo}$$

$$\text{Preço de Internamento}_i = 2.285 \times \text{Peso Relativo}_i$$

Para o cálculo do custo do internamento, considerou-se a fórmula:

$$\text{Custo}_{ij} = 2.285 \times \text{Media dos pesos Relativos}_i \times \text{Numero de doentes equivalentes}_j$$

Com vista a promover um esclarecimento relativamente aos conceitos referidos no parágrafo anterior, cumpre apresentar também nesta etapa algumas definições de conceitos utilizados no presente trabalho:

- **Grupo de Diagnóstico Homogéneo**

Os episódios de internamento agudo são classificados, em Portugal, através de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH). O preço base a aplicar aos doentes internados classificados em Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) e convertidos em equivalentes é o constante na tabela de preços do grupo a que a unidade de saúde pertence [157][158].

O preço do GDH compreende todos os serviços prestados em regime de internamento, quer em enfermaria quer em unidades de cuidados intensivos, incluindo todos os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria. A cada episódio só pode corresponder um GDH, desde a data de admissão até à data de alta, independentemente do número de serviços em que o doente tenha sido tratado [158].

Os diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros atos médicos relevantes foram codificados de acordo com a Codificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão - Modificação Clínica (CID-9-MC) [158].

- **Peso Relativo/Índice Case-Mix**

Coeficiente global de ponderação da produção hospitalar que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos [158] [157].

O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes para cada GDH, ponderados pelos respetivos pesos relativos, e o número total de doentes equivalentes, ou seja:

$$\text{ICM Hospital} = \frac{\sum(\text{DoentesEquivalentesGDH}_i) \times (\text{PesoRelativoGDH}_i)}{\sum(\text{DoentesEquivalentesGDH}_i)}$$

O peso relativo de um GDH é o coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional o qual representa, por definição, um peso relativo de 1.0. O IMC nacional é por definição igual a 1, pelo que o IMC de cada Unidade de Saúde afastar-se-á desse valor de referência consoante a unidade de saúde trate por uma proporção maior ou menor de doentes agrupados em GDH de elevado peso relativo face ao padrão nacional [158].

No âmbito dos Contratos-Programa celebrados com os Hospitais do SNS, procede-se ao cálculo do ICM para a produção em Internamento e para a produção em Ambulatório, considerando-se ainda ICM distintos para episódios cirúrgicos e médicos em cada uma daquelas linhas de produção. Assim, a fórmula acima descrita deverá ser adaptada em função do tipo de ICM que se pretenda calcular, considerando-se apenas a produção correspondente (Internamento Cirúrgico, Internamento Médico, Ambulatório Cirúrgico ou Ambulatório Médico) [157].

• Doente equivalente (e impacto no custo do internamento)

Os episódios de internamentos classificados em GDH podem ser normais/típicos ou de evolução prolongada em função da variável tempo de internamento [158][157].

- Episódios normais: tempo de internamento superior ao limiar inferior e inferior ao limiar máximo.
- Episódios de curta duração: tempo de internamento igual ou inferior ao limiar inferior do GDH em que foram classificados.
- Episódios de evolução prolongada: tempo de internamento igual ou superior ao limiar máximo do respectivo GDH.

Os episódios de internamento classificados em GDH são convertidos em doentes equivalentes tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH [158].

Assim, os doentes equivalentes, num dado GDH, correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de curta duração e dos doentes transferidos de cada GDH, em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respetivo GDH [158].

- Num episódio típico ou normal um doente saído corresponde a um doente equivalente.
- Para converter os episódios de curta duração em conjuntos equivalentes aos episódios normais aplicam-se as seguintes fórmulas de cálculo:

1. Episódio de curta duração em GDH com preço para ambulatório.

$$\text{Doente equivalente} = \text{peso ambulatório} + \frac{(1 - \text{presoambulatorio})}{L_i + 1} * T_i$$

2. Episódio de curta duração em GDH cirúrgicos sem preços para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \text{peso 1º dia} + \frac{(1 - \text{presodia})}{L_i + 1} * (T_i - 1)$$

3. Episódio de curta duração em GDH médicos sem preço de ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \frac{1}{L_i + 1} * (T_i)$$

Sendo, L_i = Limiar inferior do GDH_i T_i = Tempo de internamento
 Peso ambulatório = Preço de Ambulatório/Preço de Internamento
 Peso de 1º dia = Preço de 1º dia para GDH Cirúrgicos/Preço de internamento

– Num episódio de evolução prolongada um doente saído corresponde a um doente equivalente.

- **Limiar mínimo**

O limiar mínimo e máximo definem, para cada GDH, o intervalo de normalidade em termos de tempo de internamento e calculam-se de acordo com os intervalos inter-quartis das respetivas distribuições [157].

- **Agrupador All Patient Refined versão 31**

Um agrupador do tipo APR constitui-se como uma mais-valia para a caracterização da produção hospitalar na medida em que permite subdividir a produção em 4 níveis de severidade e 4 níveis de risco de mortalidade. O agrupador de tipo All Patient, caracteriza-se por subdividir os episódios em 31 GCD, exclusivas entre si, e que correspondem a um sistema orgânico ou etiologia estando, geralmente, associadas a uma especialidade médica em particular. Considera ainda, para alguns GDH, 3 níveis de complexidade: sem complicações ou Comorbilidades, com Complicações ou Comorbilidades, com Complicações ou Comorbilidades major. Em alguns GDH é ainda feita uma partição de idade (maiores que 17 e menores que 18 anos) [159].

O agrupador de tipo APR mantém as mesmas GCD e cria subclasses em cada GDH, tendo em consideração as diferenças existentes nos doentes quanto à severidade da doença e ao risco de mortalidade, onde [159]:

1. Severidade da doença é entendida como a extensão de uma descompensação fisiológica ou da perda de funções de um órgão, 4 subclasses;
2. Risco de mortalidade é entendido como a probabilidade de ocorrer a morte do doente, 4 subclasses

A primeira variável considerada para o agrupamento do episódio é o diagnóstico principal. A cada episódio é atribuída a respetiva subclasse de severidade e de mortalidade considerando diagnósticos adicionais, da associação entre si, e da sua relação com o diagnóstico principal, para além da idade, sexo do doente e dos procedimentos realizados [159].

A severidade está relacionada com o consumo de recursos enquanto a mortalidade está relacionada com o risco de falecer. Assim, apesar deste tipo de agrupador considerar níveis de severidade e de risco de mortalidade, o peso relativo de cada GDH considera apenas a severidade, sendo tanto maior quanto maior for o nível de severidade [159].

- Grande Categoria Diagnóstico Organização dos diagnósticos em 25 GCD [160] correspondem a um sistema orgânico estando, geralmente, associado a uma especialidade médica em particular [159]

Em relação aos objetivos definidos anteriormente, a fim de caracterizar a dimensão dos internamentos evitáveis no sistema de saúde português foram analisados os casos por unidade hospitalar, por hospital, por Grupo de Financiamento definido pela ACSS, IP, por grupo etário dos utentes (-18, 18-49, 50-64, 65-79, 80 ou mais), por residência dos utentes (NUTS III), e por GCD e conjuntamente por GCD e NUTS III e GCD e Unidade Hospitalar anonimizada.

Com vista a se poder avaliar o impacto dos internamentos evitáveis no financiamento dos cuidados de saúde hospitalares no SNS, após o cálculo do custo de cada internamento em 2015 no Serviço Nacional de Saúde, calculou-se para cada instituição hospitalar, de forma anonimizada, a média dos pesos relativos e o número de doentes equivalentes e consequentemente o custo associado bem como por Grupo de Financiamento definido pela ACSS, IP residência dos utentes (NUTS III), e por GCD e conjuntamente por GCD e NUTS III sendo, para todos os casos, excluídos os episódios de internamento cuja residência é nas Regiões Autónomas ou fora de Portugal/desconhecida.

Relativamente ao impacto da não existência dos internamentos por ACSC nas instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, foram calculados os custos através da expressão anteriormente apresentada, para cada instituição hospitalar, de forma anonimizada, bem como para cada Grupo de Financiamento definido pela ACSS, IP [161], tendo-se aplicado, uma vez mais, os mesmos critérios de exclusão já salientados.

Com todos os fatores definidos, no capítulo seguinte proceder-se-á à análise exploratória dos dados de acordo com a metodologia espanhola [1] e a metodologia CIHI [2] e segundo vários critérios.

Capítulo 5

Resultados

5.1 Análise Exploratória

A análise exploratória para este estudo será realizado por unidade hospitalar de forma anonimizada, por Grupo de Financiamento definido pela ACSS, IP, grupo etário dos utentes (-18, 18-49, 50-64, 65-79, 80 ou mais), residência dos utentes (NUTS III), e por GCD e conjuntamente por GCD e NUTS III e GCD e Unidade Hospitalar anonimizada.

Nesta primeira fase, serão analisados a nível exploratório a globalidade dos internamentos, ou seja, o total de internamentos no ano de 2015. Das 50 unidades hospitalares, concluiu-se que apenas 3 registam percentagens de internamentos superiores a 5%, de salientar: H5, H27 e H35, conforme evidencia a figura 5.1.

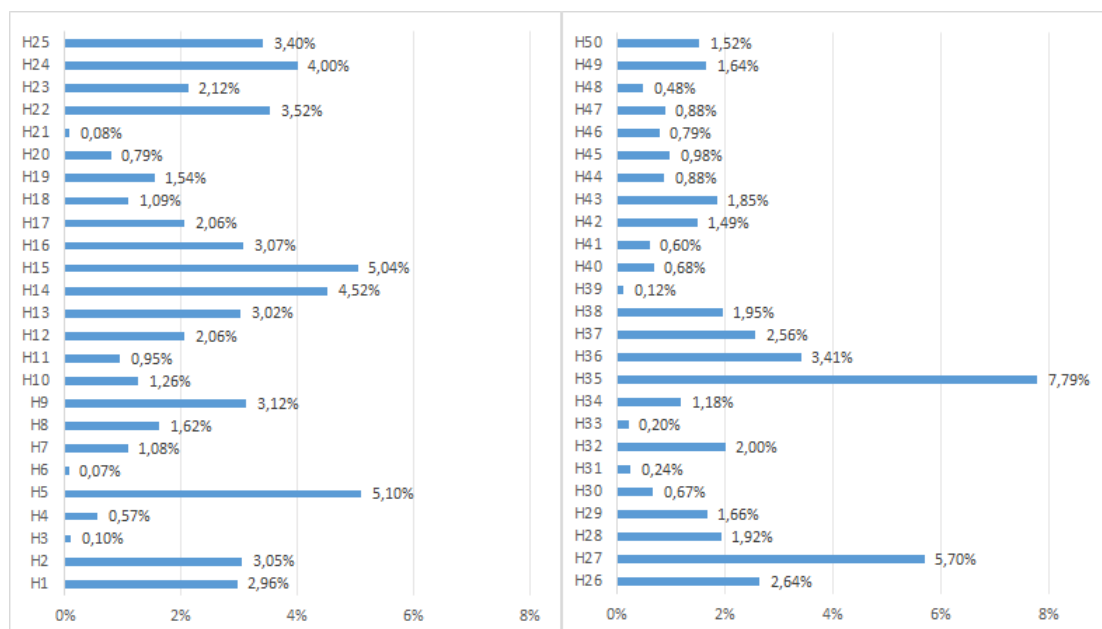


Figura 5.1: Percentagem de utentes internados, por cada unidade hospitalar, no ano de 2015

Segundo o contrato-programa 2013/2015 [162] e tendo como objetivo o de aproximar o preço praticado aos diferentes custos incorridos por cada uma das instituições, dada a sua heterogénea tipologia de serviços, as entidades hospitalares são agrupadas em seis grupos de financiamento. É, ainda, considerado um grupo de financiamento extraordinário para os hospitais psiquiátricos.

Estes grupos resultam de testes e avaliações alternativas apresentadas em anos anteriores, como por exemplo [162]:

- Identificação de efeitos com impacto na estrutura dos hospitais: identificação preliminar dos efeitos que condicionam estruturalmente os custos dos hospitais;
- Seleção de variáveis: utilização de 22 combinações de variáveis a partir de análise de sensibilidade para um leque alargado de variáveis disponíveis (introdução de novas variáveis e atualização das restantes com dados mais recentes);
- Tratamento das variáveis selecionadas: Estandardização das variáveis, seguida de Análise de Componentes Principais (PCA) para eliminação de efeitos de correlação entre variáveis;
- Criação dos grupos com recurso a clustering: construção dos grupos com base em técnica de clustering hierárquico com agregação pelo método de Ward para as n combinações de variáveis testadas, seguida de determinação da solução final com base na configuração mais frequente de entre as várias combinações testadas.

O Grupo A corresponde aos hospitais H3, H6, H31 e H39.

O Grupo B corresponde aos hospitais H4, H18, H20, H30, H32, H41, H45, H47, H48, H49 e H50.

O Grupo C corresponde aos hospitais H7, H8, H10, H11, H12, H17, H19, H23, H28, H37, H38, H42, H43, H44 e H46.

O Grupo D corresponde aos hospitais H1, H2, H5, H9, H13, H25, H26, H29 e H40.

O Grupo E corresponde aos hospitais H14, H15, H16, H22, H24 e H27.

O Grupo F corresponde aos hospitais H34, H35 e H36.

O grupo Psiquiátrico corresponde aos hospitais H21 e H33.

Desta forma, de acordo com a figura 5.2, os grupos de financiamento D e E apresentam valores percentuais elevados - superiores a 25% - de internamentos para o ano de 2015.

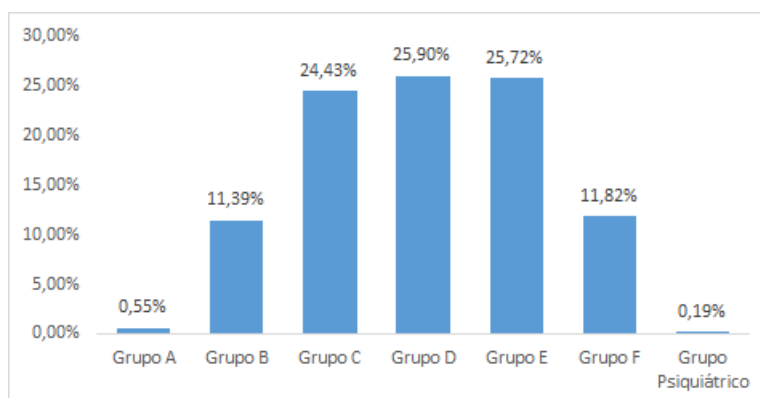


Figura 5.2: Percentagem de utentes internados, por grupo de financiamento, no ano de 2015

Relativamente aos grupos etários, verifica-se, de acordo com a tabela 5.1, que a faixa etária com idades compreendidas entre os 65 (inclusive) e os 80 (exclusive) anos é a que regista maiores percentagens de internamento nas unidades hospitalares.

Grupo etário	Percentagem
[0; 18[	9.73%
[18; 50[	23.51%
[50; 65[	23.58%
[65; 80[	29.90%
[80; +∞[	13.28%

Tabela 5.1: Percentagem de utentes internados, por grupo etário, no ano de 2015

De acordo com a área de residência do utente, são apresentadas, na figura 5.3 as percentagens de utentes internados para cada NUTS III, onde as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto são as que registam maiores percentagens, 29,8% e 16,7% respetivamente.

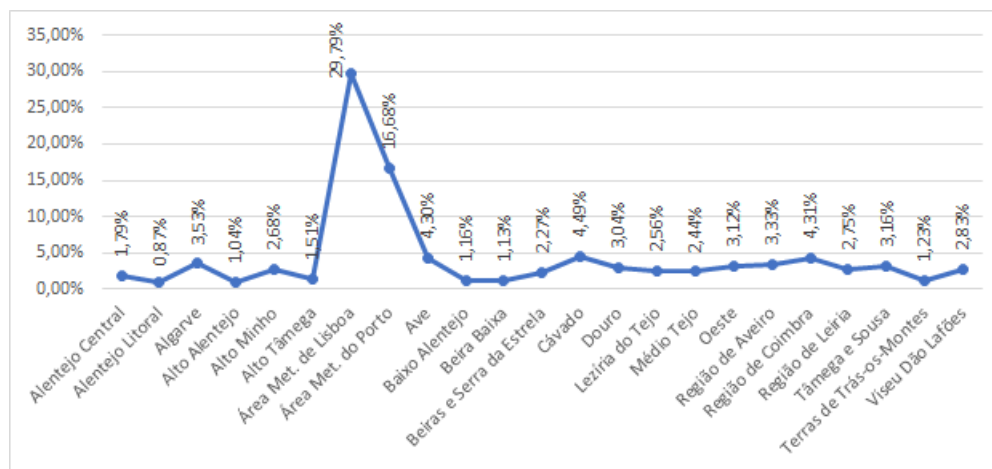


Figura 5.3: Percentagem de utentes internados, por NUTS III - área de residência, no ano de 2015

As GCD correspondem a um sistema orgânico estando, geralmente, associado a uma especialidade médica em particular. De acordo com a análise feita à totalidade de internamentos, apresentada na figura 5.4, 24,1% dos utentes foi internado de acordo com a GCD 17, que corresponde a Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-Diferenciadas, ou seja, doenças que constituem um grupo heterogéneo de patologias [163].

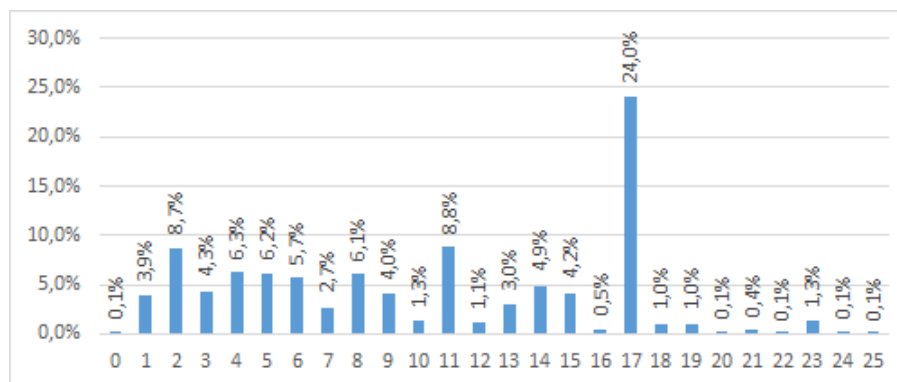


Figura 5.4: Percentagens de utentes internados, por Grande Categoria de Diagnóstico, no ano de 2015

Pela tabela 5.2, verifica-se a análise realizada ao cruzamento de informações entre várias variáveis:

- **Grupos Etários e as áreas de residência dos Utentes** - A região de Tâmega e Sousa é a única que regista percentagens para o grupo etário dos 18 (inclusive) aos 50 anos (exclusive), e para as restantes áreas de residência, todas apresentam percentagens para o grupo etário dos 65 aos 79 anos, exclusive.
- **Grupos etários e os Grupos de Financiamento** - Para os grupos de Financiamento A, B, C, D, E, F e Psiquiátrico, verifica-se que os primeiros 5 grupos são os que registam maiores percentagens para o grupo etário dos 65 (inclusive) aos 79 anos (exclusive). Para o grupo F, é entre os 50 e os 65 anos, exclusive, que a percentagem é maior e, por fim, para o grupo Psiquiátrico, é entre os 18 (inclusive) aos 50 anos (exclusive), que se regista o maior valor percentual.
- **Grandes Categorias de Diagnóstico e as áreas de residência dos utentes** - Apenas duas GCD registam os maiores valores percentuais para todas as NUTS III: GCD 17 e GCD 11 onde, a percentagem maior, 41%, recai sobre o Alto Tâmega.
- **Grandes Categorias de Diagnóstico e as Unidades Hospitalares** - A maior percentagem foi registada no Hospital H31 com 99%

5.2 Resultados dos Internamentos Evitáveis pela Metodologia Espanhola

Na análise das unidades hospitalares, de acordo com a metodologia Espanhola, os hospitais H14, H15 e H27 são os que registam maior percentagem de internamentos evitáveis assim como os hospitais H21, H34 e H39 são os que registam a menor percentagem de internamentos evitáveis, representados nas tabelas 5.3 e 5.4, respetivamente.

Unidade Hospitalar	Percentagem
H14	5.0%
H15	5.7%
H27	9.6%

Tabela 5.3: Hospitais com maiores percentagens de internamentos evitáveis

Unidade Hospitalar	Percentagem
H21	0,00%
H34	0,02%
H39	0,11%

Tabela 5.4: Hospitais com menores percentagens de internamentos evitáveis

Relativamente aos grupos de financiamento, pela figura 5.5, verifica-se que o grupo C e o grupo E são os que registam maiores percentagens em relação aos outros grupos.

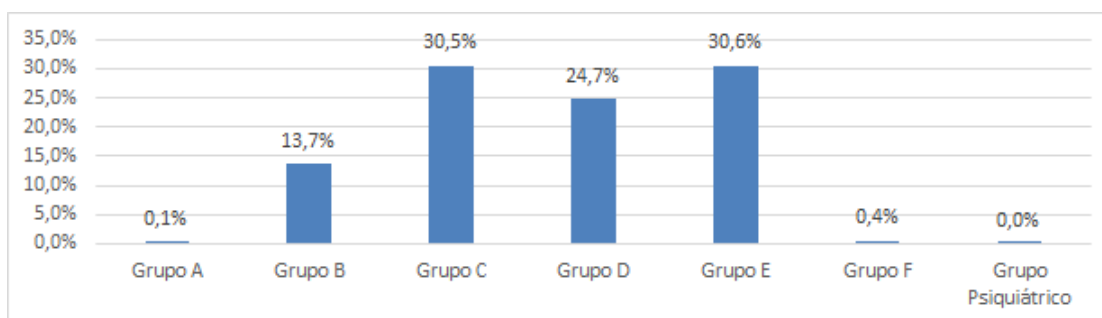


Figura 5.5: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis, relativamente a cada grupo de financiamento, de acordo com a metodologia Espanhola

No que diz respeito aos grupos etários dos utentes, observa-se pela figura 5.6 que, com o aumento da idade, a percentagem de internamentos evitáveis aumenta sendo o último grupo o que regista maior valor percentual.

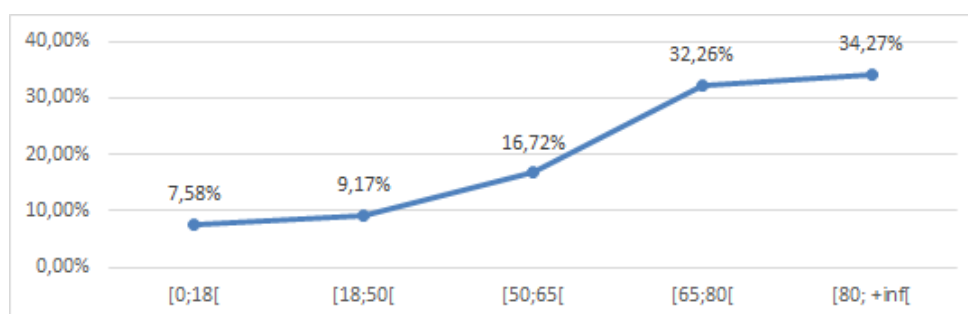


Figura 5.6: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis, relativamente a cada grupo de financiamento, de acordo com a metodologia Espanhola

Das várias Grandes Categorias de Diagnóstico para esta metodologia, GCD4 e GCD5, Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório e a Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório respetivamente, são as que registam maiores percentagens, com 50.84% e 24.78%, respetivamente, como se pode observar pela figura 5.7.

5.2. RESULTADOS DOS INTERNAMENTOS EVITÁVEIS PELA METODOLOGIA ESPANHOLA41

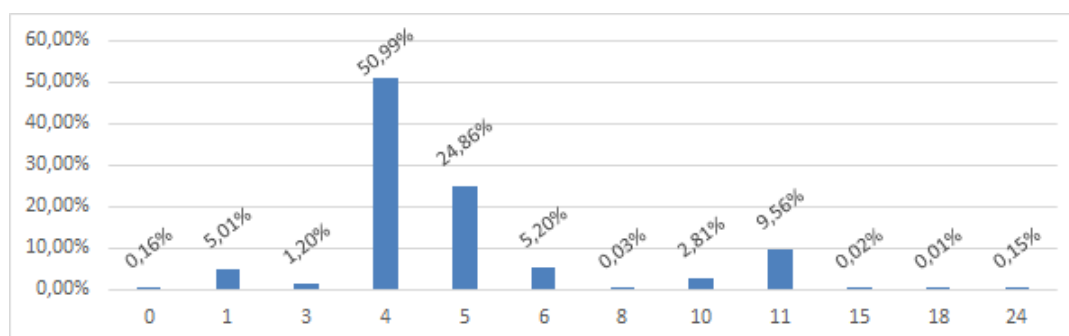


Figura 5.7: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis, relativamente a cada grande categoria de diagnóstico, de acordo com a metodologia Espanhola

Relativamente à área de residência dos utentes, verifica-se que as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto são as que apresentam os valores percentuais máximos, conforme apresenta a figura 5.8.

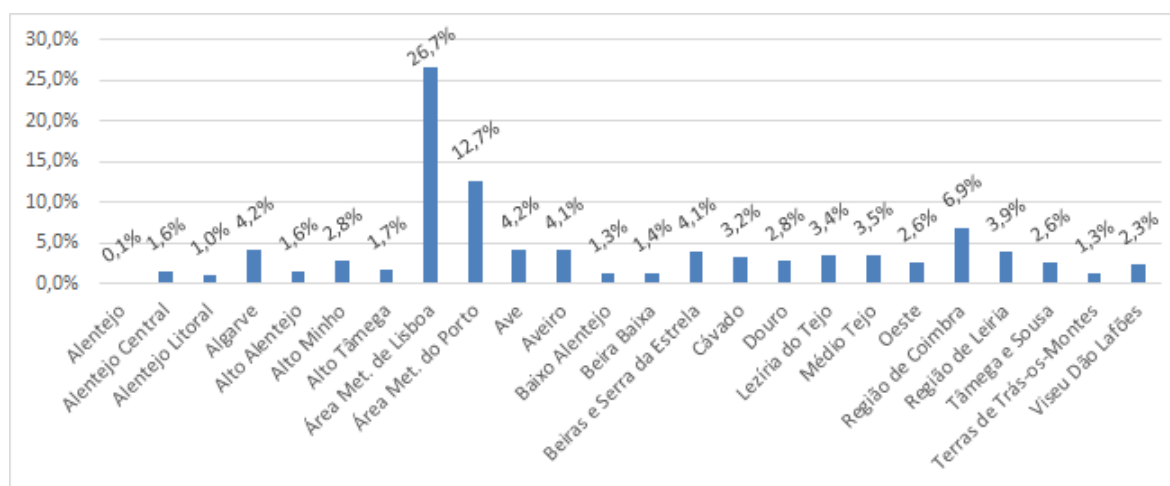


Figura 5.8: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis, relativamente à sua área de residência, de acordo com a metodologia Espanhola

Em relação ao cruzamento entre várias variáveis, verifica-se no cruzamento entre as grandes categorias de diagnóstico e as áreas de residência dos utentes que, das 24 áreas, as três maiores percentagens registaram-se para a GCD4 nas regiões do Alto Alentejo, Alto Tâmega e Terras de Trás-os-montes, de acordo com a tabela 5.5.

NUTS III	GCD	Percentagem
Alto Alentejo	4	64.9%
Alto Tâmega	4	65.3%
Terras de Trás-os-montes	4	60.0%

Tabela 5.5: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre NUTS III e GCD, de acordo com a metodologia Espanhola

No caso do cruzamento entre as GCD e as unidades hospitalares, de todos os hospitais analisados para esta metodologia, as três maiores percentagens registaram-se para as GCD1 e GCD4, Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso e Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório respetivamente, nos hospitais H21, H39 e H46, de acordo com a tabela 5.6.

Unidades Hospitalares	GCD	Percentagem
H21	1	100.0%
H39	4	77.0%
H46	4	76.8%

Tabela 5.6: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre Unidades Hospitalares e GCD, de acordo com a metodologia Espanhola

Analisando a interseção dos grupos etários e os grupos de financiamento, observa-se pela tabela 5.7 que o grupo de financiamento C é o que regista duas das três maiores percentagens nesta análise.

Grupos Etários	Grupos de Financiamento	Percentagem
[0; 18[	C	34,0%
[50; 65[	E	38,6%
[80; +∞[	C	35.1%

Tabela 5.7: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre Grupos Etários e Grupos de Financiamento, de acordo com a metodologia Espanhola

Por fim, entre as áreas de residência e os grupos etários, verifica-se, pela tabela 5.8, que o Alentejo, Alto Tâmega e Terras de Trás-os-montes, registam as maiores percentagens para apenas dois dos cinco grupos etários:

NUTS III	Grupos Etários	Percentagem
Alentejo	[65; 80[	41.8%
Alto Tâmega	[65; 80[	44.7%
Terras de Trás-os-montes	[80; +∞[	44.9%

Tabela 5.8: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre Grupos Etários e Grupos de Financiamento, de acordo com a metodologia Espanhola

5.3 Resultados dos Internamentos Evitáveis pela Metodologia CIHI

Na análise das unidades hospitalares, de acordo com a metodologia CIHI e com as tabelas 5.9 e 5.10, os hospitais H2, H13 e H27 são os que registam maior percentagem de internamentos evitáveis assim como os hospitais H21, H34 e H35 são os que registam a menor percentagem de internamentos evitáveis.

Unidade Hospitalar	Percentagem
H2	5.81%
H13	5.31%
H27	7.35%

Tabela 5.9: Hospitais com maiores percentagens de internamentos evitáveis

Unidade Hospitalar	Percentagem
H21	0.02%
H34	0,02%
H35	0,08%

Tabela 5.10: Hospitais com menores percentagens de internamentos evitáveis

Relativamente aos grupos de financiamento, pela figura 5.9, verifica-se que o grupo C e o grupo D são os que registam maiores percentagens em relação aos outros grupos.

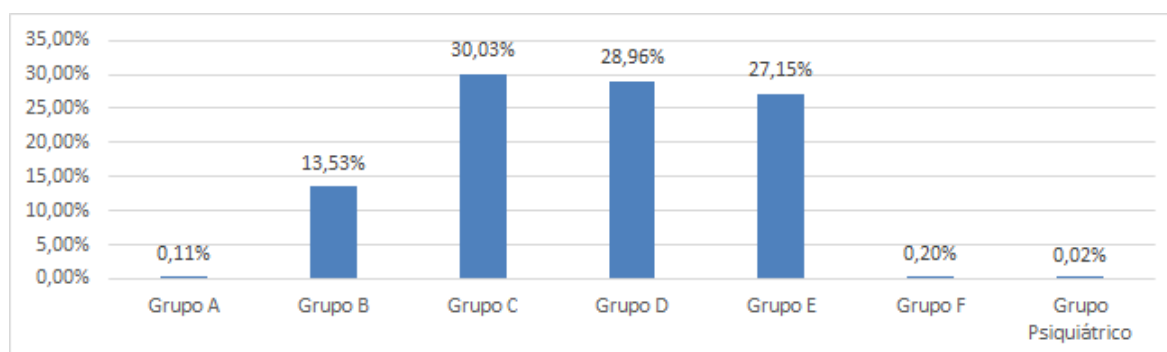


Figura 5.9: Percentagem de utentes, relativamente a cada grupo de financiamento, de acordo com a metodologia CIHI

No que diz respeito aos grupos etários dos utentes, observa-se pela figura 5.10 que, com o aumento da idade, a percentagem de internamentos evitáveis aumenta sendo o último grupo o que regista maior valor percentual.

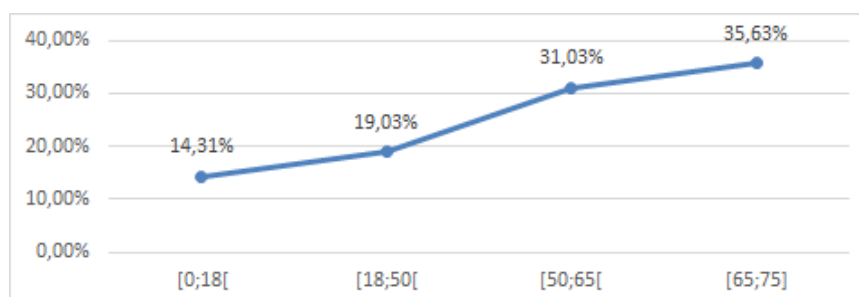


Figura 5.10: Percentagem de utentes, relativamente a cada grupo de financiamento, de acordo com a metodologia CIHI

Das várias Grandes Categorias de Diagnóstico para esta metodologia, a GCD5, que corresponde a Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório, foi a que registou maior percentagem, com 54% conforme apresenta a figura 5.11.

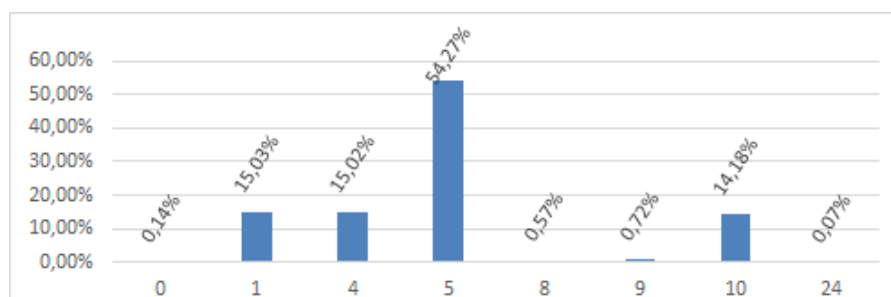


Figura 5.11: Percentagem de utentes, relativamente a cada grande categoria de diagnóstico, de acordo com a metodologia CIHI

Relativamente à área de residência dos utentes, de acordo com a figura 5.12, verifica-se que as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto são as que apresentam os valores percentuais máximos.

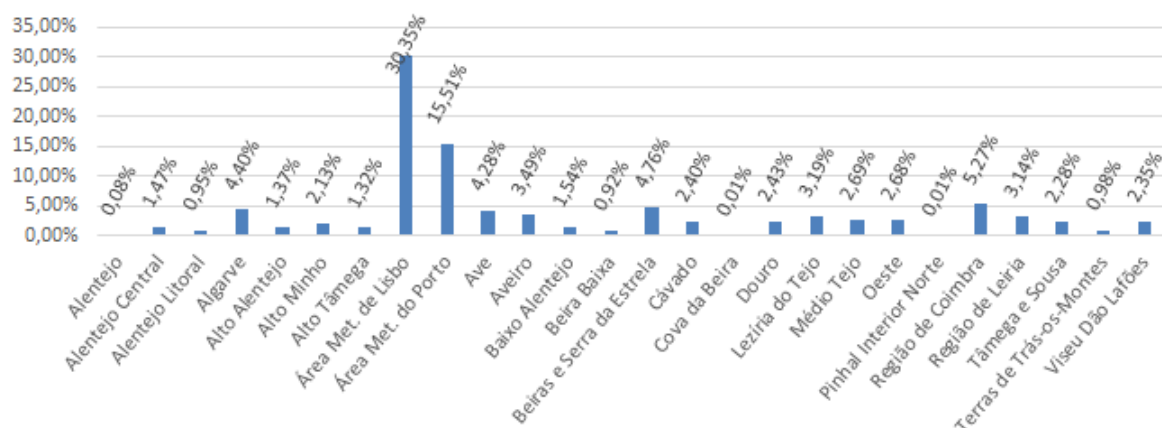


Figura 5.12: Percentagem de utentes, relativamente à sua área de residência, de acordo com a metodologia CIHI

Em relação ao cruzamento entre várias variáveis, observa-se no cruzamento entre as grandes categorias de diagnóstico e as áreas de residência dos utentes que, das 26 áreas, as três maiores percentagens registaram-se para a GCD5, que corresponde a Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório, nas regiões do Alentejo, Baixo Alentejo e Beira Baixa, de acordo com a tabela 5.11.

NUTS III	GCD	Percentagem
Alentejo	5	76,90%
Baixo Alentejo	5	69,10%
Beira Baixa	5	70,50%

Tabela 5.11: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre NUTSIII e GCD, de acordo com a metodologia CIHI

No caso do cruzamento entre as grandes categorias de diagnóstico e as unidades hospitalares, dos 45 hospitais analisados para esta metodologia, as três maiores percentagens registaram-se para as GCD1 e GCD5, Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso e Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório, nos hospitais H11, H21 e H45, de acordo com a tabela 5.12.

Unidades Hospitalares	GCD	Percentagem
H11	5	75.2%
H21	1	77.0%
H45	5	75.2%

Tabela 5.12: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre Unidades Hospitalares e GCD, de acordo com a metodologia CIHI

Analisando a intersecção dos grupos etários e os grupos de financiamento, observa-se pela tabela 5.13 que o grupo de financiamento E é o que regista duas das três maiores percentagens nesta análise.

Grupos Etários	Grupos de Financiamento	Percentagem
[0;18[	E	29.80%
[18;50[	E	33,70%
[65;80[	C	33.00%

Tabela 5.13: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre Grupos Etários e Grupos de Financiamento, de acordo com a metodologia CIHI

Por fim, entre as áreas de residência e os grupos etários, verifica-se, pela tabela 5.14, que o Alentejo, Baixo Alentejo e Beira Baixa, registam as maiores percentagens para apenas um dos 4 grupos etários:

NUTS III	Grupo Etário	Percentagem
Alentejo	[65;80[	53.80%
Baixo Alentejo	[65;80[	45.00%
Beira Baixa	[65;80[	45.60%

Tabela 5.14: Percentagem de utentes com internamentos evitáveis entre NUTSIII e Grupos Etários, de acordo com a metodologia CIHI

5.4 Análise Comparativa entre as duas metodologias

Nesta secção, serão apresentados os resultados relativos a toda a análise exploratória realizada aos internamentos evitáveis, de acordo com a metodologia espanhola [1] e com a metodologia CIHI [2], expondo a comparação entre as duas por unidade hospitalar de forma anonimizada, por Grupo de Financiamento definido pela ACSS, IP, grupo etário dos utentes (-18, 18-49, 50-64, 65-79, 80 ou mais), residência dos utentes (NUTS III), e por GCD e conjuntamente por GCD e NUTS III e GCD e Unidade Hospitalar anonimizada.

Unidade Hospitalar

De acordo com a figura 5.13, as percentagens de internamentos evitáveis para cada metodologia não divergem, na sua maioria, uma da outra, no entanto, os hospitais H1, H2 e H27 são os que diferem mais de 2% entre estas metodologias.

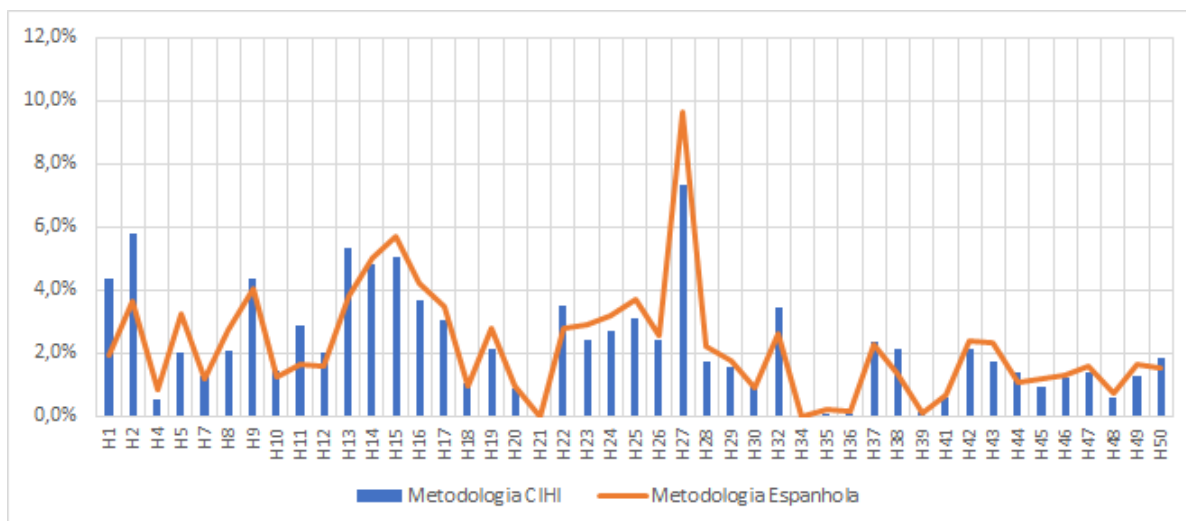


Figura 5.13: Análise exploratória dos hospitais entre as duas metodologias

Grupo de Financiamento definido pela ACSS, IP

Na análise relacionada com os grupos de financiamento, verifica-se, pela figura 5.14, que a metodologia espanhola registou maiores valores percentuais para todos os grupos excepto para o Grupo D e Grupo Psiquiátrico.

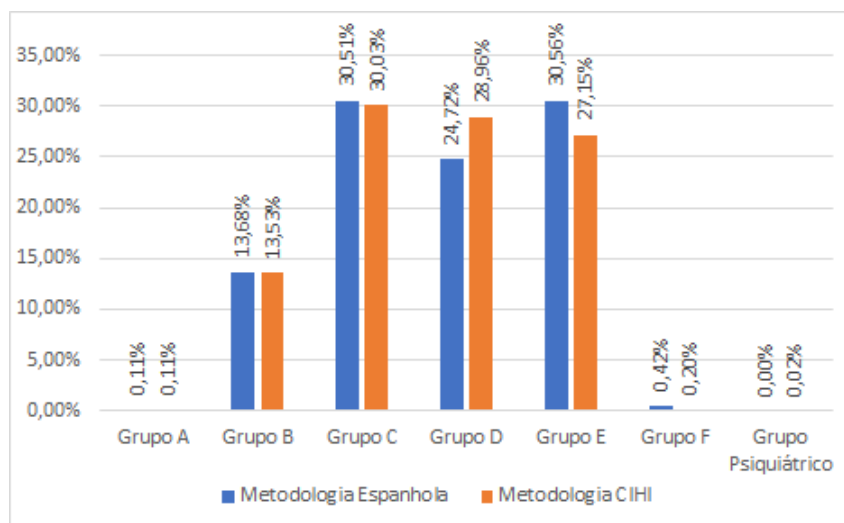


Figura 5.14: Análise exploratória dos grupos de financiamento entre as duas metodologias

Grupo Etário

Comparando as duas metodologias relativamente aos grupos etários, verifica-se, pela figura 5.15, que a metodologia CIHI regista maiores percentagens para todos os grupos etários, com excepção do último grupo dado que, para esta metodologia, uma idade superior a 75 anos é critério de exclusão.

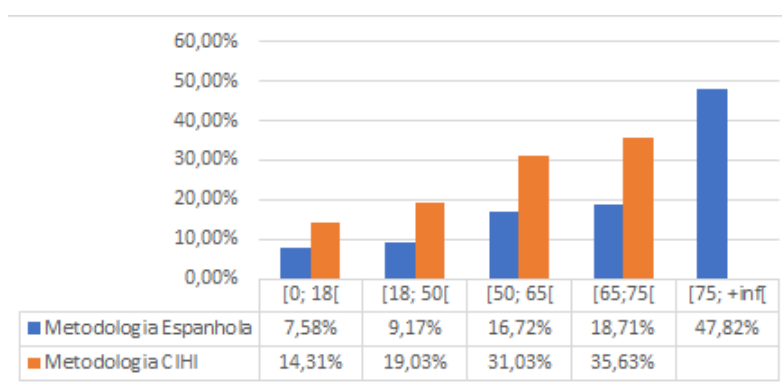


Figura 5.15: Análise exploratória dos grupos etários entre as duas metodologias

Residência dos Utentes - NUTS III

Relativamente às áreas de residência dos utentes, não se verifica grandes diferenças entre as duas metodologias, de acordo com a figura 5.17. Consta-se, no entanto, diferenças superiores a 2% nas áreas metropolitanas do Porto e Lisboa.

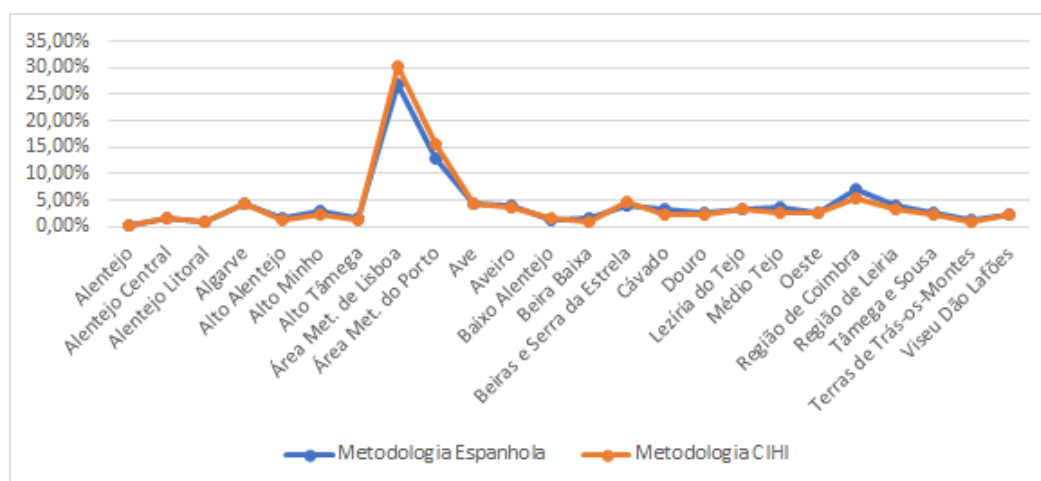


Figura 5.16: Análise exploratória das áreas de residência dos utentes entre as duas metodologias

Grande Categoria de Diagnóstico - GCD

De acordo com a figura 5.18, de todas as Grandes Categorias de Diagnóstico, as GCD4 e GCD5 foram as que registaram maiores percentagens para a metodologia Espanhola e para a metodologia CIHI, respetivamente.

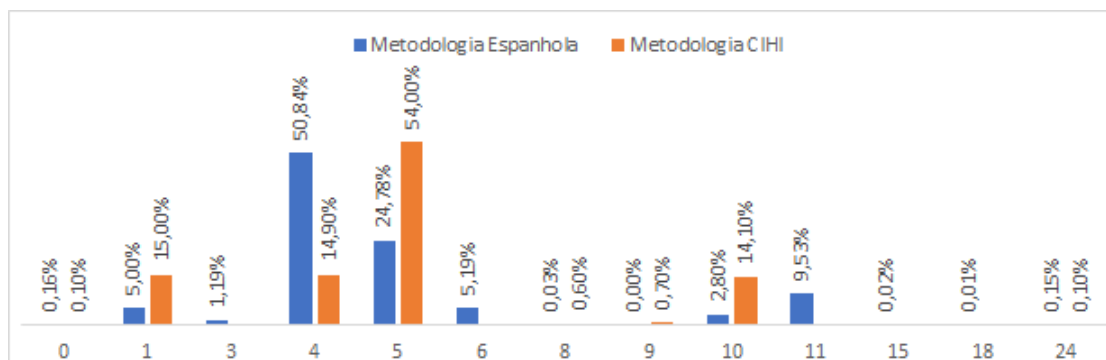


Figura 5.17: Análise exploratória das grandes categorias de diagnóstico entre as duas metodologias

GCD x NUTS III

Realizando a análise ao cruzamento de informação entre as GCD e as áreas de residência dos utentes, verifica-se pela figura 5.19, primeiramente, que a metodologia CIHI não regista percentagens para as mesmas GCD que a metodologia Espanhola e, seguidamente, a GCD4 é a que regista maior percentagem para todas as áreas, em ambas as metodologias. Existe, no entanto, uma excepção: para a metodologia Espanhola, é na área das Beiras e Serra da Estrela que é a GCD6 a que apresenta maior percentagem.

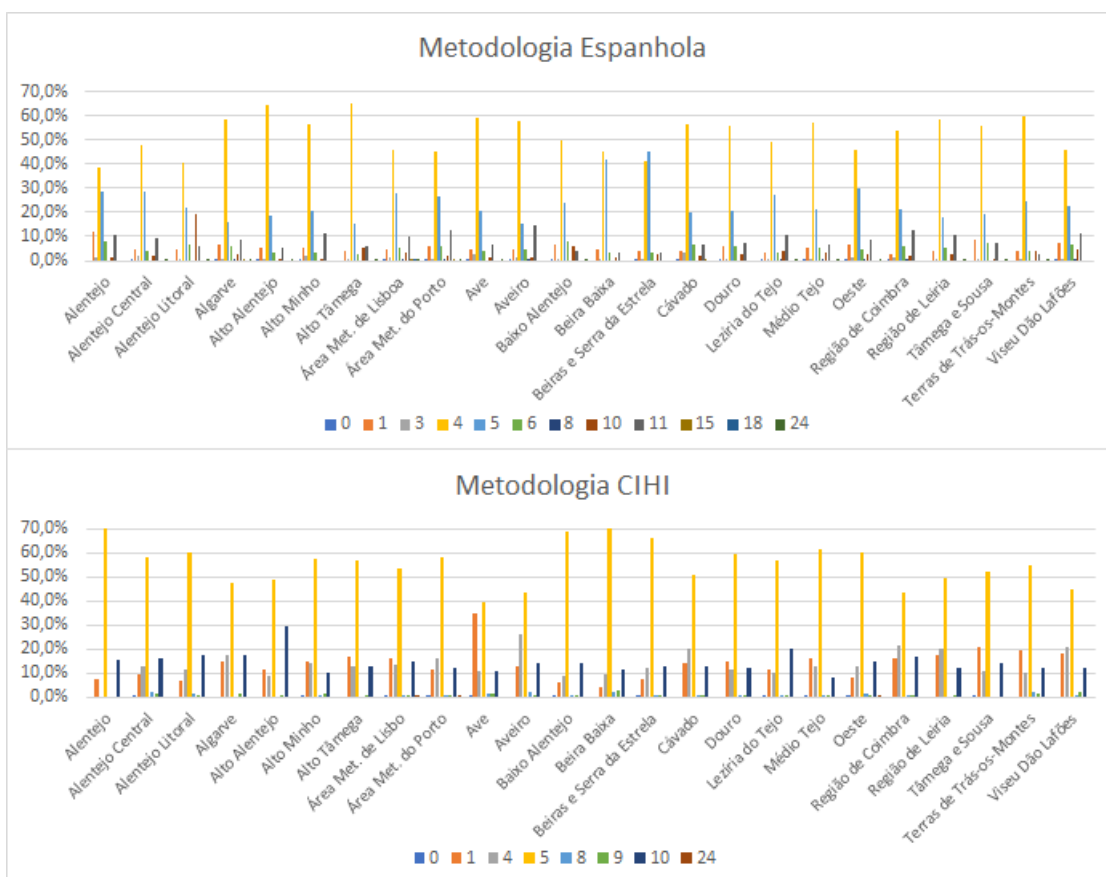


Figura 5.18: Análise exploratória do cruzamento entre GCD e NUTS III entre as duas metodologias

GCD x Unidade Hospitalar

Cruzando a informação das Grandes Categorias de Diagnóstico com as Unidades Hospitalares, verifica-se, pela figura 5.20 que a GCD4 e a GCD5 são as duas mais frequentes relativamente a todos os hospitais analisados e para ambas as metodologias. Pela análise da mesma figura, constata-se ainda:

- Para as duas metodologias, hospital o H21 apenas regista valores percentuais para a GCD1.
- Para a metodologia CIHI, o hospital H34 apenas regista percentagens para a GCD10.

De notar, tal como aconteceu na análise anterior, que a metodologia CIHI não regista percentagens para as mesmas GCD que a metodologia Espanhola.

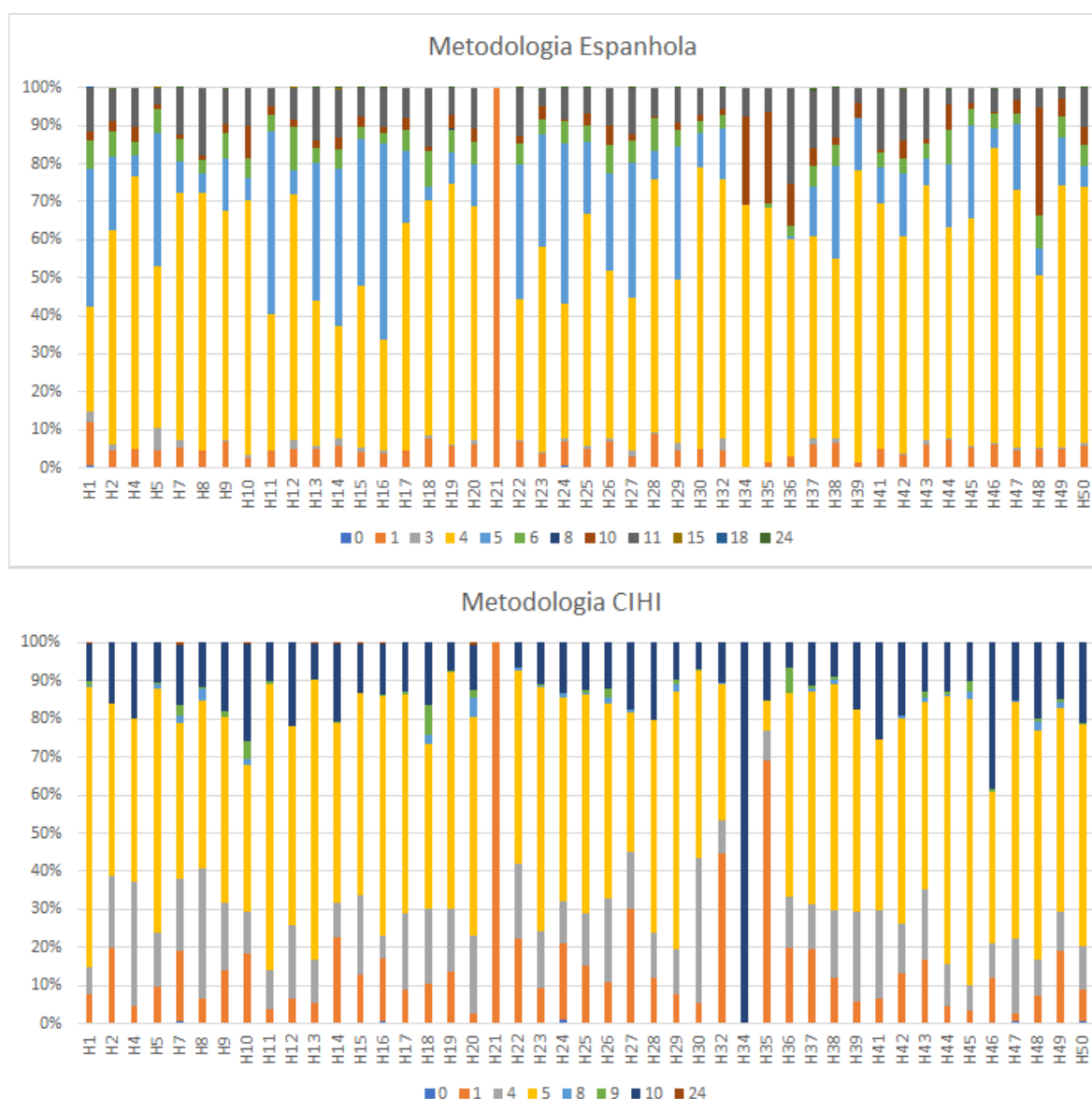


Figura 5.19: Análise exploratória do cruzamento entre GCD e as Unidades Hospitalares entre as duas metodologias

Grupo Etário x NUTS III

Na análise entre os grupos etários definidos anteriormente e as áreas de localização dos utentes, verificam-se algumas diferenças entre as duas metodologias, de acordo com a figura 5.21:

- Na metodologia Espanhola, para quase todas as NUTS III, os utentes com mais de 80 anos são os que registam maiores valores percentuais relativamente aos restantes grupos etários.
- Na metodologia CIHI, por só existirem valores para utentes até aos 75 anos, verifica-se percentagens altas para os utentes do grupo etário dos 65 (inclusive) aos 80 anos (exclusive).

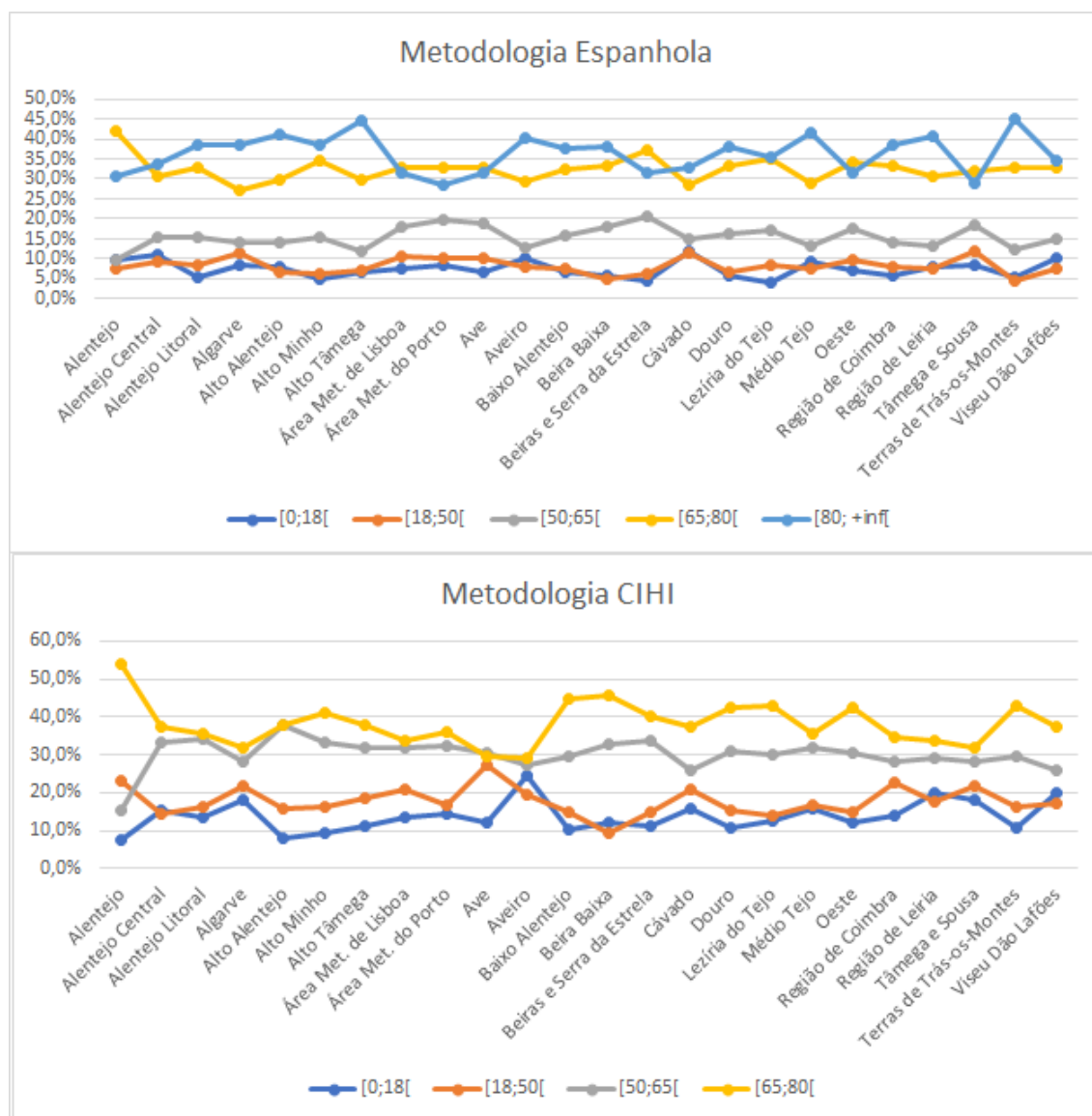


Figura 5.20: Análise exploratória do cruzamento entre os Grupos Etários e as áreas de localização entre as duas metodologias

Grupo Etário x Grupo de Financiamento

De acordo com a figura 5.22, para a metodologia espanhola e para 6 dos 7 grupos de financiamento, os utentes com idade superior a 80 anos são os que registam maior percentagem, no entanto, para o grupo psiquiátrico, apenas se registou valores percentuais para os utentes com idades entre os 50 e os 65 anos. Para a metodologia CIHI, os grupos C, D e E são os mais díspares uma vez que

- O grupo C e D apresentam uma percentagem de utentes com idades entre os 0 e os 18 anos, exclusive, superior à percentagem de utentes com idades dos 18 aos 50 anos, exclusive.

- O grupo E demonstra valores percentuais mais elevados para os utentes com idades entre os 18 e os 50 anos, exclusive, comparativamente com os restantes grupos em análise.

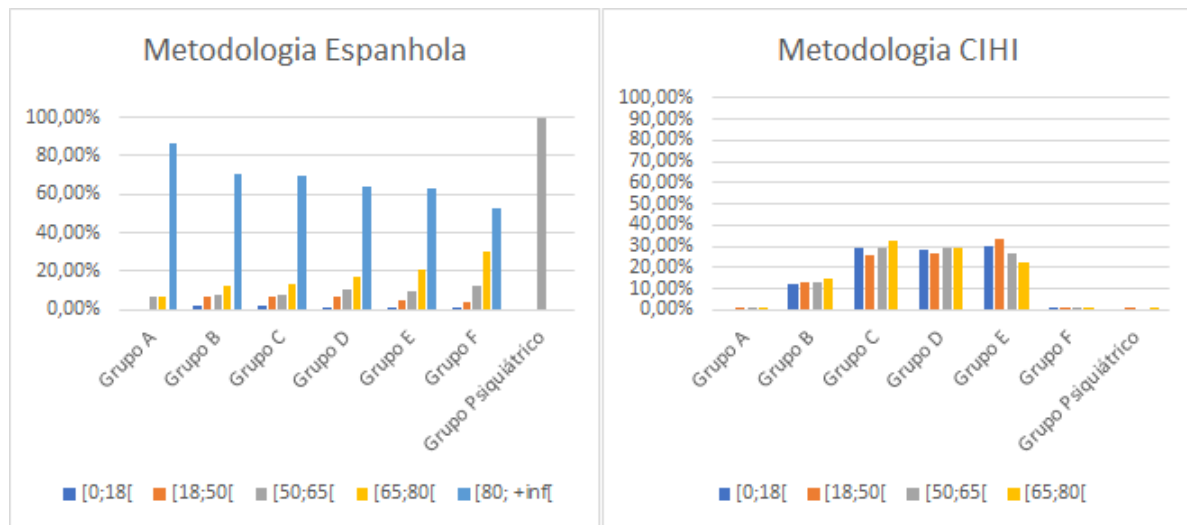


Figura 5.21: Análise exploratória do cruzamento entre os Grupos Etários e os Grupos de Financiamento entre as duas metodologias

5.4.1 Testes de hipóteses entre as duas metodologias

Após se ter procedido à análise das variáveis deste estudo, foi necessário analisar os dados obtidos de forma a confirmar a existência de relação entre a duração média dos internamentos e a duração dos internamentos por grupo etário a partir de testes de hipóteses. Para se perceber até que ponto as diferenças são estatisticamente significativas, usou-se um p-value de 0.05 e na comparação de duas variáveis contínuas usou-se o teste-t ou o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Antes de começar a testar as hipóteses é necessário averiguar se as variáveis seguem uma distribuição normal. Como o total de dados é superior a 50, realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para averiguar se as variáveis em causa têm ou não uma distribuição normal.

Testes de Normalidade				
		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estatística	df	Sig.
Dias de internamento	Masculino	0,256	9128	0,000
	Feminino	0,255	7028	0,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Figura 5.22: Teste de Normalidade dos dados para a metodologia CIHI.

Para a metodologia CIHI, o nível de significância foi de .000, de acordo com a figura 5.22, ou seja, um valor inferior ao p-value. Verifica-se, assim, que a amostra não apresenta uma distribuição normal. Desta forma, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar as médias da duração de internamentos entre utentes dos dois sexos.

Os resultados obtidos são apresentados na figura 5.23.

Estatísticas de grupo				
	sexo	N	Média	Erro padrão da média
dias_int	1	9128	6,84	10,416
	2	7028	6,97	10,596

Teste de amostras independentes									
Teste de Levene para igualdade de variâncias				teste-t para igualdade de Médias					
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença
									Inferior Superior
dias_int	Variâncias iguais assumidas	1,992	,158	-,784	16154	,433	-,131	,167	-,457 ,196
	Variâncias iguais não assumidas			-,783	14986,109	,434	-,131	,167	-,458 ,197

Figura 5.23: Teste U de Mann Whitney para a metodologia CIHL.

Verifica-se, pelo teste de Levene, que o nível de significância é de 0.158, ou seja, superior ao p-value, resultando na aceitação da igualdade de variâncias. O nível de significância do teste bilateral é de 0.433 (Sig. (2 extremidades)) e, para o p-value definido, aceita-se a hipótese da igualdade das médias de duração de internamentos. Conclui-se, assim, que não existem diferenças significativas entre a média da duração dos internamentos para os utentes femininos e masculinos.

Por sua vez, para a metodologia Espanhola, o nível de significância foi igualmente de .000, de acordo com a figura 5.24, ou seja, inferior ao valor de p-value. Verifica-se, assim, que a amostra não apresenta uma distribuição normal.

Testes de Normalidade				
Kolmogorov-Smirnov ^a				
		Estatística	df	Sig.
Dias de internamento	Masculino	0,231	37246	0,000
	Feminino	0,199	32703	0,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Figura 5.24: Teste de Normalidade dos dados para a metodologia Espanhola.

Desta forma, foi novamente usado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar as médias da duração de internamentos entre utentes dos dois sexos. Os resultados são apresentados na figura 5.25.

Estatísticas de grupo				
	sexo	N	Média	Erro padrão da média
dias_int	1	37246	8,01	10,902
	2	32703	8,54	10,093

Teste de amostras independentes									
Teste de Levene para igualdade de variâncias				teste-t para igualdade de Médias					
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença
									Inferior Superior
dias_int	Variâncias iguais assumidas	10,595	,001	-6,740	69947	,000	-,538	,080	-,694 -,381
	Variâncias iguais não assumidas			-6,774	69750,600	,000	-,538	,079	-,694 -,382

Figura 5.25: Teste U de Mann Whitney para a metodologia Espanhola.

Verifica-se, pelo teste de Levene, que o nível de significância é de 0.001, ou seja, inferior ao p-value, resultando na rejeição da igualdade de variâncias. O nível de significância do teste bilateral é de

.000 (Sig. (2 extremidades)) e, para o p-value definido, rejeita-se a hipótese da igualdade das médias de duração de internamentos. Conclui-se, assim, que existem diferenças significativas entre a média da duração de internamentos para os utentes femininos e masculinos.

Outro teste de hipótese possível de analisar é a duração do internamento por grupo etário. Para este tipo de teste foi usado o teste de Kruskal-Wallis e o resultado do mesmo é apresentado na figura 5.26.

Teste Kruskal-Wallis - Metodologia Espanhola

Postos			
	idade (Categorizado)	N	Posto Médio
dias_int	<18	5299	27295,83
	18 - 49	6414	31737,28
	50 - 64	11698	29545,34
	65 - 79	22565	34409,89
	80+	23973	40720,07
	Total	69949	

Estatísticas de teste^{a,b}

	dias_int
H de Kruskal-Wallis	3750,974
gl	4
Significância Sig.	,000

Teste Kruskal-Wallis - Metodologia CIHI

Postos			
	idade (Categorizado)	N	Posto Médio
dias_int	< 18	2312	6654,50
	18 - 49	3074	7493,40
	50 - 64	5013	8078,80
	65 - 79	5757	8962,53
	Total	16156	

Estatísticas de teste^{a,b}

	dias_int
H de Kruskal-Wallis	473,697
gl	3
Significância Sig.	,000

Figura 5.26: Teste Kruskal-Wallis relativo aos grupos etários para as duas metodologias

Da observação da figura, verifica-se que, para as duas metodologias, o nível de significância é de .000, ou seja, inferior ao p-value. Desta forma, rejeita-se a hipótese nula e conclui-se que existem diferenças significativas entre a duração dos internamentos entre cada grupo etário, para cada metodologia.

Para o caso dos testes de hipótese relativos à duração do internamento consoante as GCD, verifica-se pela figura 5.27 a mesma conclusão obtida no teste de hipótese anterior, ou seja, existem diferenças significativas entre a duração dos internamentos entre cada GCD.

Teste Kruskal-Wallis - Metodologia Espanhola**Teste Kruskal-Wallis - Metodologia CIHI**

Postos		
	gcd_APR31	N
dias_int	0	110
	1	3497
	3	835
	4	35561
	5	17336
	6	3628
	8	20
	10	1959
	11	6669
	15	12
	18	5
	24	107
Total		69739

Estatísticas de teste^{a,b}

	dias_int
H de Kruskal-Wallis	14654,445
gl	11
Significância Sig.	,000

Postos		
	gcd_APR31	N
dias_int	0	23
	1	2416
	4	2415
	5	8724
	8	91
	9	115
	10	2280
	24	11
Total		16075

Estatísticas de teste^{a,b}

	dias_int
H de Kruskal-Wallis	458,071
gl	7
Significância Sig.	,000

Figura 5.27: Teste Kruskal-Wallis relativo às GCD para as duas metodologias

5.5 Custo dos Internamentos Totais

Nesta secção será apresentado o custo dos internamentos totais de acordo com várias variáveis: unidade hospitalar anonimizada, Grupo de Financiamento definido pela ACSS, IP, grupo etário dos utentes (menos de 18, 18-49, 50-64, 65-79, 80 ou mais), residência dos utentes (NUTS III), e por GCD e conjuntamente por GCD e NUTS III, GCD e Unidade Hospitalar, Grupo Etário e NUTS III e Grupo Etário e Grupo de Financiamento.

Para calcular o custo, foi usada a seguinte expressão:

$$2285 \times \text{Média dos pesos Relativos do GDH da região em estudo} \times \text{Número de doentes equivalentes}$$

A partir da Tabela Nacional dos Grupos de Diagnóstico Homogénio, foram obtidos os valores usados para a fórmula anterior. Para cada GDH existe uma Grande Categoria de Diagnóstico com 4 níveis de severidade e, para cada nível de severidade, está associado um peso relativo. Por fim, para o número de doentes equivalente, o valor resulta do raciocínio se o utente está previsto estar internado, por exemplo, 3 dias mas sai no segundo dia, o valor será $2/3 * 1$.

Para a análise da unidade hospitalar, o hospital H35 é o que apresenta os maiores custos, superando os 513 milhões de euros. Relativamente aos Grupos de Financiamento verifica-se que, dos 6 grupos, o grupo E é o que regista os custos mais elevados alcançando mais de 900 milhões de euros. No que diz respeito aos grupos etários, os utentes com idades entre os 65 e os 80 anos, exclusive, liquidaram um total de, aproximadamente, 1 200 milhões de euros. De acordo com a área de residência dos utentes, a área metropolitana de Lisboa é a que regista custos de internamento superiores a mil milhões de euros. Na análise das grandes categorias de diagnóstico, a GCD17 é a que apresenta, de todas as registadas, o

maior gasto relativo aos internamentos totais, ultrapassando os 1 200 milhões de euros.

Em relação ao cruzamento de informação de várias variáveis:

- Relacionando as GCD e NUTSIII, para a região de Lisboa, o GCD17 é a que regista mais de 450 milhões de euros.
- No cruzamento das GCD e as Unidades Hospitalares, o hospital H34 apresenta os maiores custos de internamentos relativos, igualmente, ao GCD17, com aproximadamente 400 milhões de euros.
- Comparando os grupos etários com as áreas de residência dos utentes, é, novamente, na área metropolitana de Lisboa que se apresentam os maiores custos para todos os grupos etários em análise, alcançando quase 400 milhões de euros.
- Relacionando os grupos etários com os grupos de financiamento, para o grupo de financiamento D, os utentes com idades entre os 65 e os 80 anos, exclusive, registam custos superiores a 300 milhões de euros.

5.6 Custo dos Internamentos Evitáveis

Nesta secção será avaliado e analisado o impacto do custo dos internamentos evitáveis de acordo com as duas metodologias em análise e de acordo com várias variáveis: unidade hospitalar anonimizada, Grupo de Financiamento definido pela ACSS, IP, grupo etário dos utentes (menos de 18, 18-49, 50-64, 65-79, 80 ou mais), residência dos utentes (NUTS III), e por GCD e conjuntamente por GCD e NUTS III, GCD e Unidade Hospitalar, Grupo Etário e NUTS III e Grupo Etário e Grupo de Financiamento.

Para calcular o custo dos internamentos evitáveis, foi usada a mesma expressão apresentada na secção anterior:

$$2285 \times \text{Média dos pesos Relativos do GDH da região em estudo} \times \text{Número de doentes equivalentes}$$

De acordo com a metodologia Espanhola [1], o custo total dos internamentos evitáveis foi de 149 747 010,64 € onde o hospital H27 é o que regista os maiores gastos - aproximadamente 15 milhões de euros -. Relativamente à metodologia CIHI[2] foi de 27 042 165,60 € em que o hospital H2 é o que apresenta os maiores custos - aproximadamente 2 milhões de euros. Os valores por hospital encontram-se discriminados na figura 5.24.

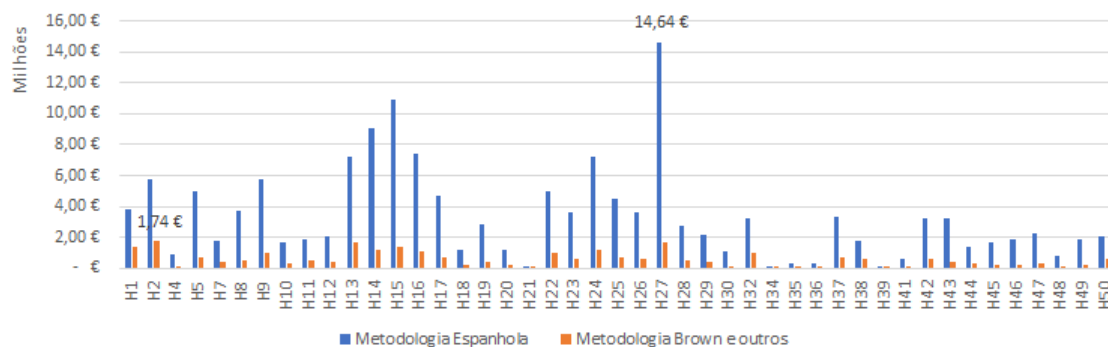


Figura 5.28: Custo de internamentos por hospital, para ambas as metodologias

No que diz respeito aos grupos de financiamento, pela tabela 5.14 são apresentados os valores para cada metodologia de acordo com cada grupo de financiamento. Para a metodologia espanhola, o grupo E apresenta o maior valor e para a metodologia CIHI é o grupo D.

Grupos	Metodologia Espanhola	Metodologia CIHI
A	123 056,04 €	24 661,09 €
B	17 074 180,34 €	3 435 017,05 €
C	39 993 463,46 €	7 560 663,82 €
D	37 674 164,47 €	8 369 219,89 €
E	54 210 882,71 €	7 570 595,28 €
F	668 817,45 €	79 367,92 €
Psiquiátrico	2 446,17 €	2 640,55 €

Tabela 5.15: Custo de internamentos por grupos de financiamento, para ambas as metodologias

De acordo com a análise dos grupos etários, verifica-se, pela figura 5.25, que os custos aumentam à medida que a idade progride. Para ambas as metodologias, é o último grupo que regista o maior custo, ou seja, 105 884 194,80 € para o grupo etário dos utentes com mais de 80 anos e 12 111 999,27 € para utentes entre os 65 (inclusive) e os 80 anos (exclusive), para a metodologia espanhola e metodologia CIHI, respetivamente.

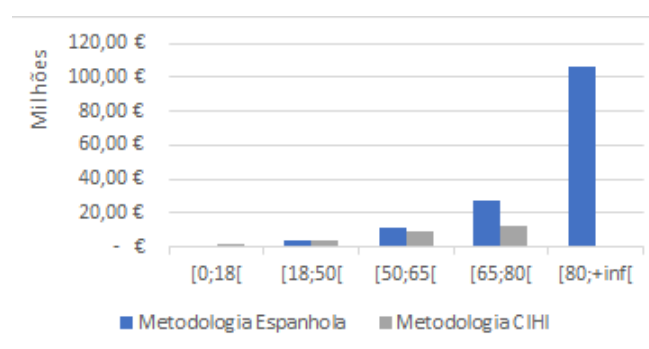


Figura 5.29: Custo de internamentos por grupo etário, para ambas as metodologias

Em relação às áreas de residência, para a metodologia espanhola e a metodologia CIHI, as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto são as áreas que apresentam os maiores custos de internamento, 43 milhões e 8 milhões respetivamente.

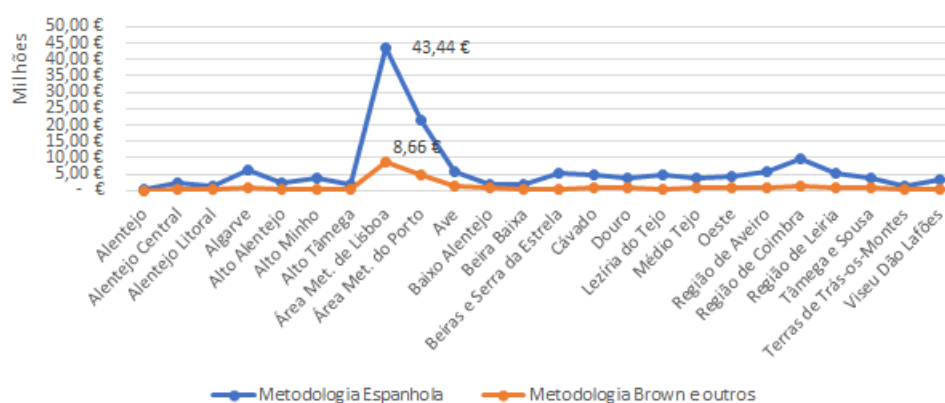


Figura 5.30: Custo de internamentos por área de residência, para ambas as metodologias

Relativamente às grandes categorias de diagnóstico, observa-se pela figura 5.27 que a GCD4 é a que regista o maior custo comparativamente com as restantes em análise, para as duas metodologias.

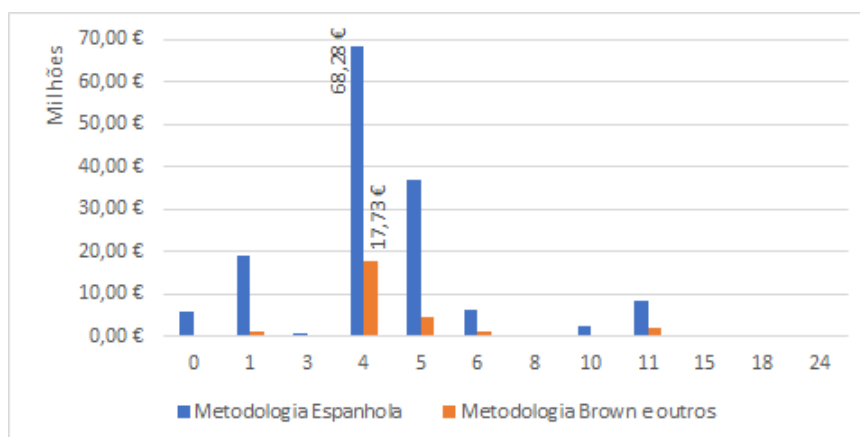


Figura 5.31: Custo de internamentos por grandes categorias de diagnóstico, para ambas as metodologias

Na análise do cruzamento de informação entre as grandes categorias de diagnóstico e as unidades hospitalares, verifica-se que a GCD4 é a mais proeminente nos três hospitais com maior custo da metodologia CIHI, H2, H13 e H27. No caso da metodologia espanhola, a GCD4 e GCD5 são as duas categorias de diagnóstico registam os maiores custos para os hospitais H15 e H27, conforme se observa na tabela 5.15 e na tabela 5.16.

Unid. Hospitalar	GCD	Custo
H15	4	4 494 615,07 €
H27	4	5 804 020,77 €
H27	5	4 867 562,88 €

Tabela 5.16: Hospitais com maiores custos de internamentos, para a Metodologia Espanhola

Unid. Hospitalar	GCD	Custo
H2	4	1 067 213,55 €
H13	4	1 122 421,79 €
H27	4	1 014 860,35 €

Tabela 5.17: Hospitais com maiores custos de internamentos, para a Metodologia CIHI

Entre as grandes categorias de diagnóstico e as áreas de residência dos utentes, é igualmente nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto que a GCD4 e a GCD5 onde se registam os maiores custos, como se pode observar pelas tabelas 5.17 e 5.18.

NUTS III	GCD	Custo
Área Metropolitana de Lisboa	4	18 498 452,99 €
Área Metropolitana de Lisboa	5	11 570 893,40 €
Área Metropolitana do Porto	4	7 757 815,55 €

Tabela 5.18: Maiores custos entre NUTSIII e GCD, de acordo com a Metodologia Espanhola

Relativamente ao cruzamento de informação entre os grupos etários e as áreas de residência, para ambas as metodologias, são registados nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto os maiores custos, correspondendo estes custos aos grupos etários dos 50 aos 65 anos, exclusive, 65 aos 80 anos, exclusive, e mais de 80 anos, de acordo com as tabelas 5.19 e 5.20.

Por fim, na análise entre grupos etários e grupos de financiamento presente nas tabelas 5.21 e 5.22, pela metodologia espanhola, são os grupos de financiamento D, E e F que registam os maiores cus-

NUTS III	GCD	Custo
Área Metropolitana de Lisboa	4	5 712 702,76 €
Área Metropolitana de Lisboa	5	1 450 796,01 €
Área Metropolitana do Porto	4	3 345 315,67 €

Tabela 5.19: Maiores custos entre NUTSIII e GCD, de acordo com a Metodologia CIHI

NUTS III	Grupo Etário	Custo
Área Metropolitana de Lisboa	[65; 80[	8 395 578,93 €
Área Metropolitana de Lisboa	[80; +∞[	29 631 429,70 €
Área Metropolitana do Porto	[80; +∞[	13 975 424,28 €

Tabela 5.20: Maiores custos entre NUTSIII e Grupos Etários, de acordo com a Metodologia Espanhola

NUTS III	Grupo Etário	Custo
Área Metropolitana de Lisboa	[50; 65[	3 018 972,01 €
Área Metropolitana de Lisboa	[65; 80[	3 697 410,59 €
Área Metropolitana do Porto	[65; 80[	2 059 975,88 €

Tabela 5.21: Maiores custos entre NUTSIII e Grupos Etários, de acordo com a Metodologia CIHI

tos de saúde correspondendo ao último grupo etário. Para a metodologia CIHI, são os grupos C e D correspondendo aos grupos etários dos 50 aos 65 anos, exclusive, e dos 65 aos 80, exclusive.

Grupo Etário	Grupo Financiamento	Custo
[80; +∞[	C	30 941 021,08 €
[80; +∞[	D	26 226 120,27 €
[80; +∞[	E	34 884 943,60 €

Tabela 5.22: Maiores custos entre Grupos Etários e Grupos de Financiamento, de acordo com a Metodologia Espanhola

Grupo Etário	Grupo Financiamento	Custo
[50; 65[	D	2 799 594,50 €
[18; 50[	C	3 762 646,04 €
[50; 65[	D	3 876 155,75 €

Tabela 5.23: Maiores custos entre Grupos Etários e Grupos de Financiamento, de acordo com a Metodologia CIHI

Resumidamente, de acordo com a metodologia espanhola [1], o impacto dos internamentos evitáveis no financiamento dos cuidados de saúde hospitalares no SNS é de 149 747 010,64€, ao contrário da metodologia CIHI [2] que corresponde a um impacto de 27 042 165,50€ no SNS. A diferença de 122 704 845,14€ poderá estar relacionada com o total de dados obtidos para análise de cada metodologia, ou seja, os total para a metodologia de Josefin Caminal Homar [1] foi de 69 949 dados e para a metodologia de Brown e outros [2] foi de 16 156 dados.

Considerando a população alvo indicada anteriormente, pela figura 4.1, de 1 624 683 dados, o custo total correspondente foi de 3 297 030 549,49 €. Desta forma, é possível calcular o impacto da não

existência de internamentos evitáveis nas instituições hospitalares de acordo com cada metodologia.

- **Metodologia Espanhola:** 3 297 030 549,49 € – 149 747 010,64 € = 3 147 556 538,85 €
- **Metodologia CIHI:** 3 297 030 549,49 € – 122 704 845,14 € = 3 269 988 383,99 €

Verifica-se, então, que a metodologia espanhola apresenta um impacto inferior ao da metodologia CIHI, com uma diferença de 122 431 845,14€.

5.6.1 Testes de hipóteses relativos ao custo dos internamentos evitáveis

Nesta secção serão analisados testes de hipóteses relativos ao custo estimado dos internamentos evitáveis entre as duas metodologias definidas. Tal como foi apresentado no capítulo 5.4.1, para estes testes de hipóteses, considerou-se um nível de significância (p-value) de 0.05.

Começando por aplicar o teste de Kolmogorov-Smirnov para analisar a normalidade dos dados. Pela figura 5.32, para ambas as metodologias, verificou-se que o nível de significância foi de .000. Este valor é inferior ao p-value considerado, logo o preço não segue a distribuição normal.

Testes de Normalidade - Metodologia Espanhola				Testes de Normalidade - Metodologia CIHI			
Kolmogorov-Smirnov ^a				Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Estatística	df	Sig.		Estatística	df	Sig.
Preço	,323	69949	,000	Preço	,291	16156	,000

Figura 5.32: Testes de Normalidade - Kolmogorov-Smirnov para as duas metodologias

Desta forma, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para comparar as médias de custo dos internamentos evitáveis entre utentes dos dois sexos. O output obtido para o teste de Mann-Whitney, para ambas as metodologias, é apresentado na figura 5.33 e 5.34

Estatísticas de grupo					
	sexo	N	Média	Erro Desvio	Erro padrão da média
Preço	1	37246	2214,1202	3205,18175	16,60783
	2	32703	2057,3002	3014,07829	16,66713

Teste de amostras independentes									
Teste de Levene para igualdade de variâncias				teste-t para Igualdade de Médias					
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença
									Inferior Superior
Preço	Variâncias iguais assumidas	37,253	,000	6,638	69947	,000	156,82003	23,62300	110,51902 203,12104
	Variâncias iguais não assumidas			6,665	69618,820	,000	156,82003	23,52898	110,70328 202,93678

Figura 5.33: Teste U de Mann Whitney para a metodologia Espanhola.

Estatísticas de grupo									
	sexo	N	Média	Erro Desvio	Erro padrão da média				
Preço	1	9128	1770,2861	2749,52508	28,77861				
	2	7028	1548,5183	1833,68965	21,87308				

Teste de amostras independentes									
		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias					
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença
Preço	Variâncias iguais assumidas	36,482	,000	5,836	16154	,000	221,76777	38,00070	147,28220 296,25335
	Variâncias iguais não assumidas			6,135	15848,360	,000	221,76777	36,14748	150,91460 292,62094

Figura 5.34: Teste U de Mann Whitney para a metodologia CIHL.

O nível de significância do teste de Levene para igualdade de variâncias é de .000 o qual, para o p-value definido anteriormente, resulta na aceitação da hipótese da igualdade de variâncias. Desta forma, o nível de significância do teste bilateral (Sig. (2 extremidades)) é .000, logo rejeita-se a hipótese da igualdade de médias. Conclui-se, assim, que existem diferenças significativas entre a média de custo dos internamentos evitáveis entre utentes do sexo feminino e do sexo masculino, para ambas as metodologias em análise.

Capítulo 6

Discussão e Conclusão

O presente capítulo encontra-se dividido em duas partes: discussão metodológica e discussão de resultados. Na primeira procurou-se analisar e refletir sobre a melhor abordagem dos internamentos evitáveis perante as duas diferentes metodologias escolhidas tendo sempre em conta os objetivos definidos para este estudo. A segunda parte pretende apresentar e evidenciar os resultados obtidos deste estudo, assim como, apontar as suas possíveis causas e implicações a diversos níveis.

6.1 Discussão Metodológica

Para facilidade de leitura, a discussão metodológica inicia-se com um breve resumo da metodologia definida para cada uma das metodologias adoptadas neste trabalho.

A metodologia espanhola baseia-se num estudo para determinar se a relação entre os internamentos evitáveis e os CSP correspondem na Europa aos que correspondem nos EUA, como também especificar qual aspecto do nível de cuidado seria responsável pela redução das taxas de hospitalização. No caso da metodologia CIHI, baseia-se no uso de códigos de diagnóstico, assim como a metodologia espanhola, de comorbilidades e existência de casos cirúrgicos como critérios de exclusão para melhorar a especificidade de deteção de potenciais casos de internamentos evitáveis.

Tendo como finalidade um conhecimento mais aprofundado sobre como os internamentos evitáveis afectam o serviço Nacional de Saúde, este estudo centrou-se em três objetivos mais específicos:

1. Caracterização da dimensão dos internamentos evitáveis no sistema de saúde português;
2. Avaliação do impacto dos internamentos evitáveis no financiamento dos cuidados de saúde hospitalares no SNS;
3. Cálculo do impacto da não existência destes internamentos nas instituições hospitalares.

Relativamente ao primeiro objetivo definido, a dimensão varia consoante a metodologia utilizada para a seleção de internamentos evitáveis. Para a metodologia desenvolvida por Caminal [1], analisou-se um total de 69 949 casos, e 16 156 casos para a metodologia desenvolvida por Brown e outros. Os internamentos evitáveis foram analisados por unidade hospitalar de forma anonimizada, por Grupo de Financiamento definido pela ACSS, IP, grupo etário dos utentes (-18, 18-49, 50-64, 80 ou +), residência dos utentes (NUTS III), e por GCD e conjuntamente por GCD e NUTS III e GCD e Unidade Hospitalar anonimizada. A diferença de valores entre as duas metodologias estará relacionada com a recolha e seleção

dos dados da Base de Dados de Morbilidade Hospitalar da ACSS, IP onde foram excluídos episódios de internamento cuja residência eram as Regiões Autónomas ou fora de Portugal/Desconhecido, episódios em que existiram transferências hospitalares e casos com base no código principal segundo a *International Classification of Diseases Ninth Revision Clinical Modification* para ambas as metodologias. Contudo, para a metodologia CIHI, foram ainda excluídos os casos de utentes com idade superior a 75 anos, recém-nascidos (idade igual a 0) e mortes antes da alta.

O segundo objetivo consistiu na avaliação do impacto dos internamentos evitáveis no financiamento dos cuidados de saúde, igualmente por unidade hospitalar de forma anonimizada, por Grupo de Financiamento definido pela ACSS, IP, grupo etário dos utentes (-18, 18-49, 50-64, 80 ou +), residência dos utentes (NUTS III), e por GCD e conjuntamente por GCD e NUTS III e GCD e Unidade Hospitalar anonimizada, para cada uma das metodologias em estudo. O impacto relativo à metodologia espanhola foi, desta forma, de 149 747 010,64 €, e o relativo à metodologia CIHI foi de 27 042 165,50 € e esta diferença poderá estar relacionada com a diferença do total de casos analisados para ambas as metodologias.

Por fim, o impacto da não existência dos internamentos evitáveis nas instituições hospitalares baseia-se simplesmente na diferença de custo entre o custo total da população alvo e o custo para cada metodologia presente neste estudo.

A opção por um estudo observacional e analítico, de acordo com a definição de internamentos evitáveis dada por Josefina Caminal Homar [5] e recorrendo a dados retrospectivos relativos aos internamentos nos hospitais públicos do SNS em Portugal Continental, no ano de 2015, permitiu identificar e resolver problemas com intervenção em contexto real.

Relativamente às limitações, a primeira está relacionada com a identificação administrativa das freguesias, concelhos e distritos. Independentemente da metodologia estudada, registaram-se codificações administrativas com valores desconhecidos sendo qualificados como ignorados, reduzindo excepcionalmente a quantidade analisada para NUTS I, NUTSII e NUTSIII. Além disso, quando um NUTS I não corresponde a Portugal mas sim ao Arquipélago da Madeira e ao Arquipélago dos Açores que, apesar de possuírem o estatuto de Regiões Autónomas, não são contabilizadas no presente estudo, o mesmo também é excluído.

Outra limitação está relacionada com a não inclusão no estudo de transferências interhospitalares, óbitos e reanimação com menos de 30 dias, por se considerar que se pretendia um estudo exploratório.

Apesar das limitações identificadas, e de outras que podem ser apontadas, considera-se que o estudo realizado permitiu conhecer melhor os efeitos dos internamentos evitáveis nos hospitais portugueses tendo em consideração as variáveis analisadas.

Face às escolhas feitas ao longo do estudo, entende-se que os pontos mais importantes para discussão referem-se aos critérios de definição da população em estudo, às variáveis consideradas, às metodologias escolhidas e à abordagem seguida.

6.2 Discussão de Resultados

Relativamente à discussão dos resultados, proceder-se-á ao confronto entre os resultados obtidos e os existentes na literatura e posterior apresentação de possíveis causas que possam justificar os resultados. É importante realçar que não existem muitos estudos ou artigos científicos publicados relacionados com

os internamentos evitáveis em Portugal, limitando as comparações entre resultados.

Os resultados encontrados no presente estudo sugerem que os fatores nível socioeconómico, faixa etária, comorbidade e distância ao hospital, num contexto de sistema de saúde, podem ser considerados como um indicador populacional do nível de acesso a cuidados ambulatoriais [81]. De acordo com Billings e outros, o atraso no atendimento ou falha na obtenção de CSP de forma eficiente pode resultar em internamentos evitáveis em situações comuns como asma, diabetes ou insuficiência cardíaca congestiva [104].

Relativamente aos resultados a nível nacional, de acordo com a Entidade Reguladora da Saúde, em 2016, os internamentos evitáveis representaram uma taxa de 8% do total de internamentos. Para o estudo realizado, verificou-se um total de 4% de internamentos por ACSC, de acordo com a metodologia espanhola, revelando uma discrepância possivelmente relacionada com a metodologia adotada, recorrendo à lista desenvolvida por Billings e outros [104].

Os internamentos por ACSC, concentram-se nas faixas etárias mais elevadas, ou seja, a partir dos 65 anos para cima e de acordo com os testes de hipóteses realizados, verificou-se que existem diferenças significativas entre a média da duração dos internamentos para utentes femininos e masculinos. Para Carneiro e Anderson e outros as conclusões foram semelhantes a estes resultados [164] [165].

No que se refere às doenças com maior frequência deste tipo de internamentos em Portugal, verifica-se as Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório e Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório. Estes resultados foram igualmente obtidos por Sarmento, identificando insuficiência cardíaca e edemas pulmonares como os responsáveis pelos internamentos por ACSC [166]

Para os mesmos casos de doenças anteriores, no Brasil, a lista de ACSC usada para os estudos foi criada com base em 19 grupos - onde a insuficiência cardíaca é a segunda condição com maior frequência registada - e 74 diagnósticos levando a um total de 11,5% de percentagem de internamentos. Comparando com os valores do presente estudo, entre as duas metodologias analisadas, os valores são bastante diferentes mas não podemos ignorar a diferença entre dois países com realidades opostas [167] [168].

Para algumas NUTS III, verificou-se em comparação com o estudo de Joana Venâncio, que os valores percentuais foram muito inferiores aos relatados, como por exemplo, as regiões do Alto Alentejo e do Alto Tâmega registaram 6.0% e 4.2% respetivamente, enquanto no presente estudo, registaram 1.6% e 1.7%. Não se trata de uma diferença considerável se compararmos a amostra analisada por Joana, 71 587, e pelo presente estudo 69 949 [85].

De acordo com valores de 2012, 18% de todos os internamentos no SNS correspondem a internamentos evitáveis, no entanto, em 2015 e de acordo com a metodologia espanhola e a metodologia CIHI, de todos os internamentos, 4.31% e 0.99% correspondem a hospitalizações evitáveis. Desta forma, é possível verificar que os valores deste tipo de hospitalizações melhoraram em 3 anos.

Comparando com outro estudo da ERS, também do mesmo ano de 2015, insuficiência cardíaca, pneumonia ou doença pulmonar obstrutiva crónica são doenças que representam 85% do total de internamentos e do presente estudo, verificou-se, para a metodologia espanhola, que as doenças do aparelho respiratório e as doenças do aparelho circulatório foram as que registaram maiores percentagens de internamentos evitáveis e apenas as doenças do aparelho circulatório se registaram para a metodologia CIHI. Noutro estudo desenvolvido pela World Health Organization (WHO), a DPOC, a insuficiência cardíaca e a hipertensão arterial são as causas prioritárias deste tipo de internamentos o que corresponde ao obtido

neste estudo.

Segundo um relatório da OMS, os cuidados de saúde têm de dar uma resposta a uma população cada vez mais envelhecida. Este fator é verificado neste estudo uma vez que são os utentes com mais de 65 anos que registam maiores percentagens de internamentos para ambas as metodologias.

Em síntese, os principais resultados obtidos para cada metodologia foram:

- **Unidade Hospitalar** - Verificou-se que, dos 45 hospitais em análise, apenas 3 deles divergem entre as duas metodologias mais de 2%, sendo eles os hospitais H1, H2 e H27. É evidente que existem algumas diferenças de percentagem entre os restantes hospitais, no entanto, essa diferença não é tão substancial como a apresentada anteriormente.
- **Grupo de Financiamento** - Os grupos de financiamento com maior destaque de percentagem são os grupos B, C, D e E onde, os dois últimos, diferem entre os 3% e 4%. Por sua vez, os grupos A e F são os que registam percentagens inferiores a 1% e o grupo Psiquiátrico não apresenta qualquer registo percentual para nenhuma das metodologias. Um dos possíveis motivos para o grupo Psiquiátrico não registar qualquer percentagem poderá estar relacionado com os internamentos ocorridos serem relativos à saúde mental, portanto, não serem considerados evitáveis no contexto analisado.
- **Grupo Etário** - Entre as duas metodologias, verificou-se que a metodologia CIHI [2] registou maior percentagem de internamentos evitáveis para todos os grupos em análise com exceção do grupo etário dos utentes com mais de 80 anos por, na análise inicial, se excluir os utentes com mais de 75 anos. O aumento percentual ao longo dos grupos etários analisados representa um resultado previsível dado os utentes com mais idade terem mais problemas de saúde e deslocarem-se com maior frequência aos hospitais.
- **Residência dos utentes (NUTS III)** Como seria de esperar, as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto foram as que registaram maiores percentagens de internamentos evitáveis entre as duas metodologias. A razão das duas regiões apresentarem as percentagens mais elevadas sai fora do estudo do projeto, no entanto, são as áreas onde residem mais portugueses comparativamente às restantes zonas do país.
- **GCD** - A GCD4, que representa Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório [169], e a GCD, que corresponde a Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório [169], foram as duas categorias de diagnóstico com maior percentagem para a metodologia Espanhola [1] e para a metodologia CIHI [2], respetivamente.
- **GCD vs NUTS III** - Considerando que a maioria da população vive em Lisboa e Porto (como visto no ponto anterior), tem lógica que a GCD4 seja uma das que apresenta a maior percentagem por serem zonas onde existe maior poluição. Por sua vez, a GCD5 poderá estar relacionada com vários maus hábitos como excesso de peso; hábitos alimentares inadequados; sedentarismo; tabagismo e alcoolismo [170].
- **GCD vs Unidade Hospitalar** - Em praticamente todos os hospitais analisados, são igualmente as categorias de diagnóstico GCD4 e GCD5 as que têm maior valor percentual para cada um dos hospitais. De notar, no entanto, que as grandes categorias de diagnóstico GCD1 (que representam

Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso) e GCD10 (que representam Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas) foram registadas nos hospitais H21 - para ambas as metodologias - e H34 para a metodologia CIHI [2].

Relativamente ao impacto da não existência de internamentos evitáveis nas instituições hospitalares, verificou-se no capítulo anterior que a metodologia Espanhola [1] teria um impacto de 3 147 556 538,85€ e a metodologia CIHI um impacto de 3 269 988 383,99€.

Os resultados apresentados evidenciam que cerca de 4,31% e 0,99% dos internamentos totais são internamentos evitáveis, segundo a metodologia Espanhola e a metodologia CIHI, respetivamente. Esta diferença poderá estar relacionada com a análise realizada aos dados no início do estudo, para cada metodologia analisada, onde foram excluídos internamentos cuja residência era nas Regiões Autónomas, fora de Portugal ou desconhecido, episódios em que existiram transferências hospitalares, e ainda casos baseados no código principal para as duas metodologias.

6.3 Conclusão

Este estudo foi desenvolvido com o objetivo principal de avaliar o impacto dos internamentos evitáveis no financiamento dos cuidados de saúde no SNS. No entanto, o mesmo estudo teve como objetivos particulares a caracterização das metodologias de financiamento dos CSP, o desenvolvimento de um cenário onde a contratualização dos CSP dependesse dos internamentos evitáveis e por fim o cálculo do impacto da não existência destes internamentos nas instituições hospitalares. Foi ainda desenvolvida uma análise assente nos dados recolhidos a partir da base de dados de morbilidade hospitalar, cedida pela ACSS, e os ACSC foram identificados através de critérios definidos por Josegina Caminal Homar [1].

As definições de internamentos evitáveis são usadas para pesquisas e para análises de políticas de saúde mas baseiam-se em internamentos hospitalares que podiam ser evitados por meio da eficiência do tratamento de situações agudas, prevenção da doença ou gestão adequada de doenças crónicas. Desta forma, quando ocorre realmente um internamento, é indicação de má qualidade dos cuidados primários visto que os internamentos evitáveis são indicadores de qualidade deste tipo de cuidados, assim como parâmetros populacionais do nível de acesso aos cuidados ambulatoriais. Portanto, a necessidade de estudar os internamentos evitáveis torna-se imperativo, não só para minimizar hospitalizações, como também para reduzir o respetivo custo e melhorar o estilo de vida das pessoas [108].

Em Portugal, não existe entendimento quanto à melhor metodologia a utilizar por não se conhecer nenhum estudo de definição e validação adaptada à realidade do país. Para o Alto Comissariado da Saúde, a proposta é a metodologia desenvolvida por Brown e outros [2] apesar dos diferentes trabalhos desenvolvidos. No entanto, um estudo desenvolvido pela WHO, onde se discute e apresenta recomendações acerca das condições de saúde em Portugal, teve por base a metodologia de Josegina Caminal Homar [1].

Os Cuidados de Saúde Primários representam o primeiro contacto com o sistema de saúde e são prestados por clínicos gerais ao nível dos centros de saúde. A sua contratualização é organizada em dois subprocessos: externamente, entre ARS e ACES, e internamente, ACES e respetivas unidades funcionais. O financiamento do SNS é da responsabilidade da ACSS e o modelo do financiamento é baseado na distribuição dos recursos financeiros por cada região de saúde e características da população, sob a responsabilidade de cada ARS. O setor do CSP passou a ser responsável pelo estudo dos modelos de fi-

nanciamento e modalidades de pagamento dos cuidados primários assim como na definição de cláusulas gerais dos contratos-programa a celebrar com os ACES. Por conseguinte, e de acordo com o relatório do Orçamento de estado, "o atual modelo de financiamento em Portugal não incentiva a integração de cuidados, os resultados em saúde e o investimento, nem está alinhado com as necessidades crescentes e distintas da população. (...) É urgente repensar o modelo de organização do sistema" procurando forçar-se na promoção da saúde e prevenção da doença através da integração de cuidados. O sistema de financiamento atual não está a responder corretamente a estas necessidades sendo, então, proposto um novo modelo baseado nas características da população, severidade da doença, mortalidade, entre outros, a partir do qual se obtem novos valores de capitais a financiar diferentes valores presentes no modelo em vigor.

Por fim, este estudo representa um contributo para o conhecimento dos internamentos evitáveis e dada a importância deste tema, considera-se que ainda há bastante a investigar relativamente a esta área.

Anexo A

Portaria

belecidos no artigo 51.º, n.º 18.º e § 1.º, do Código Administrativo;

Considerando que, de harmonia com este preceito, as câmaras só podem ordenar aquela demolição quando se verifique, em prévia vistoria, que as construções ameaçam ruína ou oferecem perigo para a saúde pública;

Considerando que, posta de parte a ameaça de ruína do barracão em questão, que não está em causa, há que averiguar se se verifica ou não o pressuposto do perigo para a saúde pública, derivado da existência do mesmo barracão;

Considerando que, mesmo não tomando em conta o vício de contradição existente entre a conclusão a que chegou a comissão permanente de vistorias e os factos em que se funda, justamente posto em foco pelo digno juiz *a quo*, já que da análise gramatical do parecer se deduz que não é o barracão da apelada, mas sim os outros barracões e telheiros existentes no local, a causa dos males apontados, a verdade é que os membros da referida comissão emitiram apenas o parecer de que os barracões *prejudicam as condições higiénicas das habitações ali existentes*, e foi precisamente com assento neste facto que o Sr. presidente da Câmara tomou a decisão recorrida;

Considerando que, do mesmo modo, os peritos (da Câmara e do Tribunal) da vistoria realizada no decurso do processo, não obstante se lhes perguntar se existia ou não *perigo* para a higiene e saúde pública no facto da ocupação pela Javanesa, Limitada, do barracão em questão, responderam tão-sòmente que este *«prejudica as condições higiénicas locais, quer quanto à saúde pública, quer quanto à higiene do prédio da Rua do Arsenal que para ali tem saída, visto diminuir a área útil do pátio onde está construído e prejudicar com essa diminuição a insolação e arejamento, tanto do pátio como da parte do referido prédio que lhe é adjacente»*;

Considerando que os termos *perigo* e *prejuízo* exprimem conceitos diferentes, pois o perigo pressupõe um mal iminente muito próximo ou imediato, ou seja um estado de necessidade premente a que é preciso acudir de pronto, enquanto que o prejuízo significa um dano ou estrago na fazenda ou na saúde, mas sem carácter de iminência, e por isso sem a gravidade que tem o perigo; ora

Considerando que, como já foi ponderado, o pressuposto de facto estabelecido na lei para a demolição de construções é o de elas *oferecerem perigo* para a saúde pública, pelo que não basta a existência do simples prejuízo das condições higiénicas das habitações que ficam junto do local onde se erguem aquelas edificações para que possa ordenar-se a sua demolição; e, deste modo,

Considerando que, não se verificando as condições de que, segundo a lei, depende o exercício da competência da Câmara apelante para ordenar a demolição do questionado barracão, não é de manter o despacho impugnado:

Por estes fundamentos, negam provimento ao recurso e confirmam a sentença recorrida.

Sem custas, por não serem devidas.

Lisboa, 22 de Março de 1946. — *Alfredo Mendes de Almeida Ferrão* — *José Nunes Pereira* — *Jerónimo Rodrigues de Sousa*. — Fui presente, *Eugénio de Lemos*.

Está conforme. — Secretaria do Supremo Tribunal Administrativo, 12 de Abril de 1946. — O Secretário, *José António Marques*.

nanças, e de que foi relator o Ex.^{mo} Conselheiro Dr. Jerónimo Rodrigues de Sousa.

Acordam os juizes do Supremo Tribunal Administrativo na secção do contencioso administrativo:

A Sociedade Zickermann, sociedade anónima de responsabilidade limitada, com sede em Lisboa, recorre do despacho do Sr. Ministro das Finanças de 26 de Janeiro de 1946, de cujo teor disse não ter conhecimento, mas que parecia ordenar que a recorrente entrasse nos cofres do Estado com 1:744.237\$30 por ela recebidos como mandatária da V. D. Halbzengwerke, com sede em Altena, Westfália, em virtude de um contrato celebrado com a Casa da Moeda para fornecimento de material para amedação.

Alega que a sociedade mandante prestara garantia bancária equivalente àquela quantia e ordenou a transferência da mesma quantia, o que ela recorrente fez por via oficial, conforme o documento que juntava, passado pelo conselheiro da Legação da Alemanha, e a carta da mandante, que também juntava, acompanhada de tradução oficial.

E, invocando excesso de poder, violação de lei e ofensa de direitos, pediu a revogação do despacho recorrido, pedindo também a suspensão da execução deste, por dela lhe advirem danos irreparáveis no caso de aquela quantia lhe ser exigida em execução fiscal.

Requisitada oficialmente cópia do despacho recorrido, foi enviado o processo instrutor apenso, de onde consta esse despacho.

E, apresentados os autos na sessão de hoje, foram apreciados em conferência, pela forma seguinte:

Atendendo a que o despacho recorrido recaiu sobre uma informação da 2.ª Repartição da Direcção Geral da Contabilidade Pública, em que se dizia que a «guia de reposição n.º 19:026, de 1:744.237\$30, emitida em 23 de Novembro de 1944 contra a Sociedade Zickermann», não fora remetida ao Tribunal das Execuções Fiscais, apesar de o pagamento não ter sido feito dentro do prazo fixado no artigo 30.º do decreto n.º 18:381, de 24 de Maio de 1930, por ter acompanhado um recurso para este Supremo Tribunal;

Considerando que esse despacho se limitou à seguinte frase: «Passe nova guia e siga seus termos»;

Considerando que, embora alguns meses antes a Casa da Moeda exprimisse a dúvida constante de fl. 19 do citado processo instrutor, sobre se era o mandatário ou o mandante que tinha obrigação de restituir o que indevidamente fora recebido, certo é que tal dúvida não foi resolvida no despacho recorrido; por isso,

Considerando que este despacho é um mero acto de execução do despacho que rescindir o contrato ou até uma ordem interna de serviço, que não constitui acto definitivo susceptível de impugnação contenciosa:

Por estes fundamentos, rejeitam o recurso e condenam a recorrente na perda do preparo feito.

Lisboa, 5 de Abril de 1946. — *Jerónimo Rodrigues de Sousa* — *Alfredo Mendes de Almeida Ferrão* — *José Nunes Pereira*. — Fui presente, *Eugénio de Lemos*.

Está conforme. — Secretaria do Supremo Tribunal Administrativo, 12 de Abril de 1946. — O Secretário, *José António Marques*.

Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social

Considerando o interesse evidente da concentração dos esforços a desenvolver pelas instituições de previ-

Recurso administrativo n.º 2:621, em que é recorrente a Sociedade Zickermann, sociedade anónima de res-

problema da habitação, interesse que sublinha o volume das obras a realizar: manda o Governo da República Portuguesa, pelo Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social, com fundamento no § 3.º do artigo 11.º do decreto-lei n.º 35:611, de 25 de Abril de 1946, constituir uma federação de instituições de previdência social, destinada a promover e assegurar a construção de casas económicas e casas de renda económica, nos termos e nas condições que vierem a ser estabelecidos nos estatutos respectivos.

Esta federação denominar-se-á Habitações Económicas — Federação de Caixas de Previdência, e será inicialmente formada pelas seguintes instituições de previdência de 1.ª e 2.ª categorias da lei n.º 1:884, de 6 de Março de 1935:

Caixa Sindical de Previdência do Comércio de Exportação e Consumo de Vinhos do Sul de Portugal;

Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais na Indústria Hoteleira do Distrito de Lisboa;

Caixa Sindical de Previdência dos Empregados e Operários da Indústria de Panificação de Lisboa;

Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais de Seguros;

Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais de Comércio;

Caixa Sindical de Previdência dos Operários da Indústria de Fósforos de Portugal;

Caixa Sindical de Previdência do Pessoal das Indústrias de Moagem e Massas Alimentícias;

Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria de Cerâmica;

Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria Têxtil;

Caixa Sindical de Previdência dos Ajudantes de Farmácia;

Caixa Sindical de Previdência dos Trabalhadores em Carnes do Distrito de Lisboa;

Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais de Alfaiate do Distrito de Lisboa;

Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria de Conservas de Peixe;

Caixa Sindical de Previdência dos Tipógrafos, Litógrafos e Offícios Correlativos;

Caixa Sindical de Previdência dos Empregados Barbeiros, Cabeleireiros e Offícios Correlativos do Distrito de Lisboa;

Caixa Sindical de Previdência do Pessoal das Indústrias de Marcenaria, Carpintaria Mecânica e Serrações;

Caixa de Previdência dos Empregados e Operários da Indústria do Descasque de Arroz;

Caixa de Previdência dos Empregados e Operários da Companhia das Águas de Lisboa;

Caixa de Previdência do Pessoal da Câmara Municipal de Lisboa;

Caixa de Previdência dos Empregados do Banco de Angola;

Caixa de Previdência dos Empregados dos Organismos Económicos;

Caixa de Previdência dos Profissionais de Espectáculos;

Caixa de Previdência dos Empregados da Assistência;

Caixa de Reformas do Pessoal da Indústria dos Tabacos;

Caixa de Previdência do Pessoal da Companhia dos Telefones;

Caixa de Previdência do Pessoal da Companhia

Caixa de Previdência dos Empregados de Escritório do Distrito de Lisboa;

Caixa de Previdência dos Técnicos e Operários Metalúrgicos e Metal-Mecânicos;

Caixa de Previdência do Pessoal da Indústria Corticeira;

Caixa de Previdência dos Empregados da Companhia Carris de Ferro de Lisboa;

Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses.

Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social, 13 de Junho de 1946. — O Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social, *António Júlio de Castro Fernandes*.

Considerando a extensão dos fins das caixas de previdência no campo dos serviços médico-sociais, a disseminação geográfica dos trabalhadores abrangidos, bem patente no caso da Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais de Comércio e da Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria Têxtil, e o interesse efectivo na concentração da organização, de que resulta diminuição de encargos e grau superior de eficiência: manda o Governo da República Portuguesa, pelo Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social, com fundamento no § 3.º do artigo 11.º do decreto-lei n.º 35:611, de 25 de Abril de 1946, sob proposta dos serviços técnicos do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência, constituir uma federação de instituições de previdência social, inicialmente formada pela Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais de Comércio e pela Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria Têxtil, denominada Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência, e que tem por fim organizar, coordenar e fiscalizar os serviços médico-sociais das instituições federadas, promovendo e assegurando o seu funcionamento, nos termos e nas condições que vierem a estabelecer-se nos estatutos respectivos.

Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social, 13 de Junho de 1946. — O Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social, *António Júlio de Castro Fernandes*.

Secretariado da Aeronáutica Civil

Por despacho de 3 do corrente de S. Ex.ª o Presidente do Conselho:

Licenciado José Damásio Ferreira de Sequeira Braga, chefe da secretaria do Aeroporto de Lisboa — rescindido, a seu pedido, o respectivo contrato, a partir de 15 de Maio findo, data em que foi empossado das funções de chefe dos serviços administrativos, vogal da comissão administrativa do Aeroporto de Lisboa. (Anotado pela Direcção Geral do Tribunal de Contas em 8 do corrente).

Secretariado da Aeronáutica Civil, 11 de Junho de 1946. — O Director, *Humberto Delgado*.

Aeroporto de Lisboa

Henrique Nobre Vieira, enfermeiro do Aeroporto de Lisboa — rescindido o contrato, a seu pedido, por despacho de 30 de Maio próximo passado de S. Ex.ª o Presidente do Conselho. (Anotado pelo Tribunal de Contas em 8 de Junho corrente, sob o n.º 12:658).

Aeroporto de Lisboa, 11 de Junho de 1946. — O Di-

Anexo B

Códigos usados nas Metodologias

Tabela 1 – Comparação entre as metodologias de identificação dos ICSCSP segundo Caminal et al (metodologia espanhola) e CIHI (metodologia canadiana)

Patologia	Códigos ICD-9CM (Diagnóstico Principal)	
	Metodologia espanhola	Metodologia canadiana
I - Doenças infecciosas evitáveis por vacinação ou outros:		
Difteria	032	
Tétano	037	
Poliomielite	045	
Meningite por hemófilos	320.0	
Febre reumática	390, 391	
II – Sífilis congénita		
Sífilis congénita	090	
III – Tuberculose		
Outras tuberculoses	012 - 018	
IV – Infecções respiratórias superiores		
Abcesso periamigdalino	475	
V – Pneumonia		
Pneumonia	482.2, 482.3, 483, 485, 486	
VI – Infecções do trato urinário		
Pielonefrite aguda	590.1	
VII – Apendicite perfurada		
Apendicite aguda com peritonite generalizada	540.0	
Apendicite aguda com abcesso peritoneal	540.1	
VIII – Úlcera sangrante ou perfurada		
Úlcera gástrica aguda ou crónica ou n. esp., c/ hemorragia ou c/ hemorragia e perfuração	531.0, 531.2, 531.4, 531.6	
Úlcera duodenal aguda ou crónica ou n. esp., c/ hemorragia ou c/ hemorragia e perfuração	532.0, 532.2, 532.4, 532.6	
Úlcera péptica, sitio n. esp., aguda ou crónica ou n. esp., c/ hemorragia ou c/ hemorragia e perfuração	533.0, 533.2, 533.4, 533.6	
IX – Distúrbios hidroeletrólíticos		
Desidratação	276.5	
Hipocaliemia	276.8	
X – Epilepsia		
Epilepsia e grande mal convulsivo		345
XI – Asma		
Asma		493
XII – Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)		
	491, 492, 494, 496 e 466, 480 – 486, 487.0	
DPOC	(apenas se existe um diagnóstico secundário 496)	
XIII – Diabetes		
Diabetes	250.1, 250.2, 250.3	250.0, 250.1, 250.2, 250.8
Coma hipoglicémico	251.0	
Gangrena + diabetes	785.4 (apenas se existe um diagnóstico secundário 250.7)	

A tabela continua na próxima página

Na literatura, estão disponíveis várias metodologias de identificação de ICSCSP criadas para diferentes realidades.^{8,9,11,13,22-26} Este facto cria uma dificuldade de com-

paração internacional dos resultados, no entanto, ganha-se especificidade pela maior adequação da metodologia às responsabilidades e ações dos CSP de cada país.

Tabela 1 – Comparação entre as metodologias de identificação dos ICSCSP segundo Caminal et al (metodologia espanhola) e CIHI (metodologia canadiana) (continuação)

Patologia	Códigos ICD-9CM (Diagnóstico Principal)	
	Metodologia espanhola	Metodologia canadiana
XIV – Patologia cardiovascular e hipertensão arterial		
Hipertensão essencial maligna	401.0	401.0*
Hipertensão essencial não especificada como maligna ou benigna		401.9*
Doença cardíaca hipertensiva		402.0*, 402.1*, 402.9*
Doença renal hipertensiva	403.0	
Doença cardíaca e renal hipertensiva	404.0	
Hipertensão secundária maligna	405.0	
Doença cardíaca isquémica	410-414	
Doença cerebrovascular	430, 431, 436, 437.2	
XV – Insuficiência cardíaca (IC)		
Doença cardíaca hipertensiva maligna com IC	402.01	
Doença cardíaca hipertensiva benigna com IC	402.11	
Doença cardíaca hipertensiva não especificada c/ IC	402.91	
Insuficiência cardíaca	428	428*
Edema agudo do pulmão não especificado	518.4	518.4*
XVI – Angina		
Síndrome coronário intermediário		411.1*
Forma aguda ou subaguda de doença isquémica do coração, ncop		411.8*
Angina de peito		413*
XVII – Doença inflamatória pélvica		
Doença inflamatória do ovário, trompa de Falópio, tecido celular pélvico e peritoneu	614	

*Códigos de procedimentos cardíacos para exclusão: ICD-9-CM: 336, 35^{AA}, 36^{AA}, 373^A, 375^A, 377^A, 378^A, 3794-3798. Critérios de exclusão da metodologia Canadiana: a) Morte antes da alta; b) Idade superior a 75 anos.

Em Portugal a utilização das ACSC tem sido aflorada, havendo uma indefinição clara quanto à metodologia de identificação. O Alto Comissariado da Saúde sugeriu a incorporação deste conceito como indicador de ganhos em Saúde no Plano Nacional de Saúde 2011-2016²⁷ (documento estratégico em vigor, tendo sido aprovada em Maio a sua extensão até 2020), utilizando a metodologia desenvolvida pelo Canadian Institute for Health Information (CIHI).²⁶ Um trabalho académico com o objectivo de avaliar o acesso aos CSP²⁸ utilizou a metodologia de Billings et al²³ e finalmente uma análise de uma consultora da área da Saúde²⁹ utilizou uma adaptação parcial da metodologia de Caminal et al.¹¹ Para exemplificar a disparidade de resultados obtidos pela utilização de diferentes metodologias (analisado em maior detalhe adiante) o custo financeiro estimado para o SNS seria de 45 610 708€ e 450 234 825€ de acordo com as metodologias do CIHI e Caminal et al, respectivamente. Não é do conhecimento dos autores qualquer trabalho de validação de uma lista de ACSC adaptada à realidade portuguesa, que urge face ao exposto.

Objectivos

- Determinar e caracterizar os ICSCSP em Portugal;
- Caracterizar a evolução histórica da taxa de ICSCSP;
- Determinar potenciais cenários de melhoria;
- Avaliar o impacto da utilização de diferentes metodologias de identificação dos ICSCSP em Portugal.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo, descritivo utilizando os dados relativos a 12 467 427 internamentos de cidadãos residentes no território continental português, entre o ano de 2000 e 2012. Excluímos os episódios de ambulatório (p. ex. cirurgia de ambulatório e hospital de dia). Os dados foram cedidos pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), sendo provenientes das bases de dados de resumos de altas dos hospitais públicos do território continental português, após anonimização.

Determinámos os ICSCSP com base no código de diagnóstico principal, segundo a *International Classification of Diseases Ninth Revision Clinical Modification* (ICD-9CM), de acordo com duas metodologias internacionais: a do CIHI²⁷ e a validada por Caminal et al¹¹ em Espanha (Tabela 1).

Anexo C

Grandes Categorías de Diagnóstico

Doentes Saídos por Grande Categoria de Diagnósticos (GCD) - Nacional e por Grupo de Hospitais

Ano: 2006

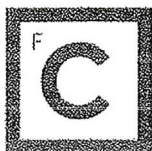
Grande Categoria de Diagnósticos	Nº de Doentes Saídos				
	Nacional	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
0 (Pré- Grandes Categorias Diagnósticas)	2.255	571	1.383	4	297
1 Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	63.809	2.834	30.282	3.856	26.837
2 Doenças e Perturbações do Olho	23.112	1.318	12.017	166	9.611
3 Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta	36.173	3.325	17.481	957	14.410
4 Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	86.100	6.097	30.759	6.308	42.936
5 Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	97.269	9.743	42.946	5.307	39.273
6 Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo	97.637	5.586	35.700	6.547	49.804
7 Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	45.629	2.427	17.341	3.046	22.815
8 Doenças e Perturbações do Sistema Músculo- Esquelético e Tecido Conjuntivo	81.709	2.981	32.171	4.927	41.630
9 Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama	27.788	3.888	11.284	1.710	10.906
10 Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	20.885	2.191	9.028	1.345	8.321
11 Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário	43.446	3.192	19.522	1.918	18.814
12 Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Masculino	13.288	1.809	5.788	618	5.073
13 Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino	35.306	1.584	13.195	1.642	18.885
14 Gravidez, Parto e Puerpério	109.621	5	41.328	3.052	65.236
15 Recém- Nascidos e Lactentes com Afecções do Período Perinatal	91.676	108	34.610	2.635	54.323
16 Doenças e Perturbações do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Inmológicas	8.779	968	3.732	393	3.686
17 Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal diferenciadas	17.635	7.831	6.138	223	3.443
18 Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistémicas ou Localização não Específica)	10.930	544	4.499	584	5.303
19 Doenças e Perturbações Mentais	11.885	218	4.610	620	6.437
20 Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga	3.028	31	1.000	238	1.759
21 Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas	9.266	451	4.063	292	4.460
22 Queimaduras	1.522	20	961	46	495
23 Factores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contactos com os Serviços de Saúde	12.289	686	2.892	1.839	6.872
24 Traumatismos Múltiplos Significativos	1.607	38	982	23	564
25 Infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	4.310	998	2.198	25	1.089
99 Outros Grupos	1.652	112	685	71	784
Total Nacional:	958.606	59.556	386.595	48.392	464.063

Evolução do Número de Doentes Saídos, Dias de Internamento e Demora Média por GCD

Grande Categoria de Diagnósticos	Nº Doentes Saídos			Nº Dias de Internamento			Demora Média		
	2005	2006	Δ%	2005	2006	Δ%	2005	2006	Δ dias
0 (Pré- Grandes Categorias Diagnósticas)	2.266	2.255	-0,49	103.899	105.173	1,23	45,85	46,64	0,78
1 Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	65.886	63.809	-3,15	567.436	578.679	1,98	8,61	9,07	0,45
2 Doenças e Perturbações do Olho	23.913	23.112	-3,35	76.167	69.510	-8,74	3,19	3,01	-0,17
3 Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta	36.890	36.173	-1,94	140.891	133.874	-4,98	3,82	3,70	-0,11
4 Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	91.039	86.100	-5,43	896.617	865.532	-3,47	9,85	10,05	0,20
5 Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	96.614	97.269	0,68	724.245	721.809	-0,34	7,50	7,42	-0,07
6 Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo	95.823	97.637	1,89	629.720	638.322	1,37	6,57	6,54	-0,03
7 Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	44.422	45.629	2,72	367.122	371.536	1,20	8,26	8,14	-0,12
8 Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-Esquelético e Tecido Conjuntivo	78.223	81.709	4,46	660.468	684.097	3,58	8,44	8,37	-0,07
9 Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama	27.784	27.788	0,01	192.198	195.184	1,55	6,92	7,02	0,10
10 Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	20.554	20.885	1,61	125.121	130.101	3,98	6,09	6,23	0,14
11 Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário	41.372	43.446	5,01	322.584	345.985	7,25	7,80	7,96	0,16
12 Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Masculino	13.050	13.288	1,82	78.486	78.240	-0,31	6,01	5,89	-0,12
13 Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino	35.229	35.306	0,22	157.113	152.137	-3,17	4,46	4,31	-0,15
14 Gravidez, Parto e Puerpério	113.381	109.621	-3,32	384.567	376.820	-2,01	3,39	3,44	0,04
15 Recém- Nascidos e Lactentes com Afecções do Período Perinatal	94.642	91.676	-3,13	377.138	363.125	-3,72	3,98	3,96	-0,02
16 Doenças e Perturbações do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Inmunológicas	8.677	8.779	1,18	67.133	69.629	3,72	7,74	7,93	0,19
17 Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal diferenciadas	19.494	17.635	-9,54	158.984	146.521	-7,84	8,16	8,31	0,15
18 Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistémicas ou Localização não Específica)	10.469	10.930	4,40	103.380	113.210	9,51	9,87	10,36	0,48
19 Doenças e Perturbações Mentais	11.646	11.885	2,05	217.085	225.894	4,06	18,64	19,01	0,36
20 Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga	3.046	3.028	-0,59	35.273	34.288	-2,79	11,58	11,32	-0,25
21 Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas	9.633	9.266	-3,81	66.964	68.219	1,87	6,95	7,36	0,41
22 Queimaduras	1.600	1.522	-4,88	25.879	23.734	-8,29	16,17	15,59	-0,58
23 Factores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contactos com os Serviços de Saúde	12.720	12.289	-3,39	106.594	103.724	-2,69	8,38	8,44	0,06
24 Traumatismos Múltiplos Significativos	1.567	1.607	2,55	34.271	33.808	-1,35	21,87	21,04	-0,83
25 Infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	4.355	4.310	-1,03	90.806	82.957	-8,64	20,85	19,25	-1,60
99 Outros Grupos	1.601	1.652	3,19	28.442	25.766	-9,41	17,77	15,60	-2,16
Total Nacional:	965.896	958.606	-0,75	6.738.583	6.737.874	-0,01	6,98	7,03	0,05

Anexo D

Condições para a cedência da Base de Dados de Morbilidade Hospitalar



Condições para a cedência da Base de Dados de Morbilidade Hospitalar

A base de dados citada é disponibilizada para fins de investigação aplicada. Os dados disponibilizados no âmbito do presente estudo, integrado no Ciclo de Estudos conducentes ao Grau de Mestre em Matemática Aplicada à Economia e Gestão, não podem ser cedidos ou copiados para qualquer outro fim. Caso necessite de utilizar estes dados para outros fins deve solicitar a devida autorização à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS).

Os dados agora disponibilizados constituem informação anonimizada, não sendo possível identificar o utente, sendo a presente informação disponibilizada pela ACSS, IP, considerando que:

- a) Ciências garantirá o tratamento leal e seguro dos dados;
- b) Os dados serão utilizados única e exclusivamente para os fins que se enquadrem nas competências de Ciências;
- c) A utilização dos dados para outros fins além dos que se enquadrem nas respetivas competências deverá ser objeto de pedido de autorização à ACSS, IP;
- d) Ciências não procederá ao encaminhamento dos dados a terceiros;
- e) Ciências indicará a ACSS, IP como fonte de dados em publicações/documentos que façam uso dos dados fornecidos;
- f) Ciências remeterá à ACSS, IP (DPS) cópia das publicações/documentos que façam uso dos dados fornecidos;
- g) A identificação dos hospitais é fornecida sob reserva. Qualquer publicitação de dados identificando o hospital carece de autorização por parte do mesmo.

Declaro que li e aceito as condições acima descritas para a utilização da base de dados de Morbilidade Hospitalar.

Lisboa, 19 de setembro de 2017

A Estudante

Mariana Moreira Araujo Pereira

Os Orientadores

Raquel Fonseca e Duarte Tavares

Bibliografia

- [1] Josefina Caminal et al. «*The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions.*» Em: (2004). Acedido a 10 set. 2018. Disponível em: p. 5.
- [2] Brown AD et al. «*Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics.*». Em: (abr. de 2001). Acedido a 25 nov. 2018. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902189/>.
- [3] Marta F. Reis. Todos os anos há pelo menos 32500 internamentos evitáveis no país. Acedido a 18 Fev. 2017. URL: <https://ionline.sapo.pt/509110>.
- [4] Regional Office. «Ambulatory care sensitive conditions in Portugal». Em: World Health Organization (2016). Acedido a 3 mar. 2017. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/307195/Ambulatory-care-sensitive-conditions-Portugal.pdf?ua=1.
- [5] Josefina Caminal Homar y participantes en el Seminario de Innovación 2006 Juan Gérvas. «Las Hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el Punto de Vista del Médico de Atención Primaria». Em: Rev Esp Salud Pública 2007 (2007). Acedido a 3 mar. 2017. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v81n1/colaboraciones1.pdf>.
- [6] Conselho Internacional dos Enfermeiros. «*Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários.*». Em: (2008). Acedido a 20 nov. 2017. Disponível em: URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit%5C_die%5C_2008.pdf.
- [7] Bastonário defende maior contributo dos farmacêuticos no sistema de saúde. Acedido a 19 abril 2019. URL: <https://www.netfarma.pt/bastonario-defende-maior-contributo-dos-farmaceuticos-no-sistema-de-saude/>.
- [8] Joana Margarida Domingos Seringa. «Associação entre a Diabetes e os Internamentos Evitáveis Múltiplos». Em: (2018). Acedido a 19 abril 2019. Disponível em: URL: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/57607/1/RUN%5C%20-%5C%20Disserta%5C%C3%5CA7%5C%C3%5CA3o%5C%20de%5C%20Mestrado%5C%20-%5C%20Joana%5C%20Seringa.pdf>.
- [9] Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 3 mar. 2017. URL: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>.
- [10] DECRETO-LEI nº59/79 de 15 de setembro. D.R. I Série, No 214, 1979. Acedido a 03 mar. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/dir/pdfgratis/1979/09/21400.PDF>.

- [11] DECRETO-LEI nº413/71 de 27 de setembro. D.R. I Série, No 228, 1971. Acedido a 12 mar. 2017. Disponível em: URL: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/7/74/DL413-71.pdf>.
- [12] Lei nº1884/35 de 16 de março da Assembleia da República. D.R. I Série, No 61, 1935. Acedido a 12 mar. 2017 Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/380256>.
- [13] João Sarmento et al. «*Caracterização e Evolução dos Internamentos Evitáveis em Portugal: Impacto de Duas Abordagens Metodológicas*». Em: (2015). Acedido a 07 ago. 2018. Disponível em: URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/0199/2b55b1d91a4577ae5498339fc319b5e235e9.pdf>.
- [14] Lei nº1884/35 de 16 de março da Assembleia da República. D.R. I Série, No 61, 1935. Acedido a 12 mar. 2017 Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/380256>.
- [15] DECRETO-LEI nº 35:108 de 7 de novembro. D.R. I Série, No 247, 1945. Acedido a 12 mar. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/466285>.
- [16] A.G. Branco e V. Ramos. «Cuidados de Saúde Primários em Portugal.» Em: Cuidados de Saúde Primários 2 (2001). Acedido a 12 mar. 2017. Disponível em: URL: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/15293/1/RUN%5C%20-%5C%20RPSP%5C%20-%5C%20v19%5C%20tematico%5C%20a02%5C%20-%5C%20p.5-12.pdf>.
- [17] Vítor. Branco António Gomes; Ramos. «Cuidados de saúde primários em Portugal». Em: Cuidados de Saúde Primários 2.5-12 (2001). Acedido a 21 abril 2017. Disponível em: URL: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>.
- [18] DECRETO-LEI nº157/99 de 10 de maio. D.R. I série A, No 108, 1999. Acedido a 12 mar. 2017. Disponível em: URL: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%5C%C2%5C%BA-15799.-DR-10899-SE%5C%CC%5C%81RIE-I-A-de-1999-05-10.pdf>.
- [19] Raquel Varela. História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal A saúde e a força de trabalho, do estado nov Acedido em 03 out 2019. Disponível em: Âncora Editora, junho de 2019, 2019, p. 358. URL: <https://reader.wook.pt/?mode=preview&sample=23224777-0-BS&ru=https%5C%3A%5C%2F%5C%2Fwww.wook.pt%5C%2Flivro%5C%2Fhistoria-do-servico-nacional-de-saude-em-portugal-raquel-varela%5C%2F23224777&bu=https%5C%3A%5C%2F%5C%2Fwww.wook.pt%5C%2Flivro%5C%2Fhistoria-do-servico-nacional-de-saude-em-portugal-raquel-varela%5C%2F23224777%5C%3Fadd-to-cart%5C%3D1>.
- [20] DECRETO-LEI nº298/2007 de 22 de agosto. D.R. I Série, No 161, 2007. Acedido a 12 mar. 2017. Disponível em: URL: <https://www.ers.pt/uploads/document/file/91/04.pdf>.
- [21] DECRETO-LEI nº28/2008 de 22 de fevereiro. D.R. I Série, No 38, 2008. Acedido a 12 mar. 2017. Disponível em: URL: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/15550/0118201189.pdf>.
- [22] DESPACHO nº24 101/2007 de 16 de dezembro da Assembleia da República. D.R. I Série, No 203, 2007. Acedido a 12 mar. 2017. Disponível em: URL: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/21400/3041930419.pdf>.

- [23] Luís Graça. «*As mudanças estruturais do hospital*». Em: (2005). Acedido a 13 set. 2017. Disponível em: URL: http://web.archive.org/web/20161223214331/http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2%5C_hospital.html.
- [24] François Steudler. *L'Hôpital en observation, Paris, Armand Colin, 1974*. Acedido em 30 jul 2017. Disponível em: Colin, 1974, 1980, p. 271.
- [25] Marinús Pires de. Lima. «*A Evolução do Trabalho Operário nas Indústrias de Construção e Reparação Navais: Aspectos de uma Investigação em Curso e Alguns Resultados Preliminares*. In Pedro Lains e Nuno Estêvão Ferreira (Eds.), *Portugal em Análise*». Em: *Artigo - Imprensa de Ciências Sociais* (2007). Acedido a 15 set. 2017. Disponível em: p. 38. URL: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224069255D3u0J9iq7Mk40CJ9.pdf>.
- [26] Luís Graça. «*1. Introdução: O Domínio Ideológico, Cultural e Administrativo da Igreja*». Em: (2005). Acedido a 10 set. 2017. Disponível em: URL: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos87.html>.
- [27] Luís Graça. «*1. Introdução: O Reconhecimento da Medicina como Profissão*». Em: (2005). Acedido a 10 set. 2017. Disponível em: URL: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos88.html>.
- [28] Luís Graça. «*1. Introdução: A empresarialização do hospital*». Em: (2005). Acedido a 11 set. 2017. Disponível em: URL: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos90.html>.
- [29] Luís Graça. «*92. Graça, L. (2000) - Evolução do Sistema Hospitalar: uma Perspectiva Sociológica. Conclusão [The History of Hospitals. Conclusion](a)*». Em: (2005). Acedido a 04 maio. 2019. Disponível em: URL: <https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos92.html>.
- [30] MO. CATÃO. «*Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade*». Em: Campina Grande: EDUEPB (2011). Acedido a 20 set. 2017. Disponível em: URL: <http://books.scielo.org/id/szgxv/pdf/catao-9788578791919-09.pdf>.
- [31] Luís Graça. «*1. Introdução: 'Locus Religiosus et Pia Causa'*». Em: (2005). Acedido a 20 set. 2017. Disponível em: URL: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos86.html>.
- [32] Luís Graça. «*86. Graça, L. (2000) - Evolução do Sistema Hospitalar: Uma Perspectiva Sociológica (IV Parte). Portugal : O Sistema Tradicional (1096-1867) [The History of Hospitals, Part IV. Portugal: The Traditional System (1096-1867)](a)*». Em: (2005). Acedido a 04 maio. 2019. Disponível em: URL: <https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos86.html>.
- [33] José Pereira Miguel Viegas Valentino João Frada. «*A DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - NOTAS HISTÓRICAS*». Em: (2006). Acedido a 10 set. 2017. Disponível em: p. 48. URL: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/SiteCollectionDocuments/ADGSnotashistoricas.pdf>.
- [34] Artigo - Imprensa de Ciências Sociais. *A venda dos bens nacionais (1834-43): uma primeira abordagem*. Vol. XVI (61-62). Acedido em 30 jul 2017. Disponível em: *Análise Social*, 1980, p. 23. URL: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223994671R3eRE1e11Qp48KN7.pdf>.

- [35] Rui Manuel Pinto Costa. *O Poder Médico no Estado Novo (1945-1974): Afirmação, legitimação e ordenamento*. Acedido em 30 jul 2017. Disponível em: U. Porto Editorial: Universidade do Porto, out. de 2009. URL: <https://books.google.pt/books?id=R8zjCQAAQBAJ%5C&lpg=PP1%5C&hl=pt-PT%5C&pg=PP1#v=onepage%5C&q=expans%5C%C3%5C%A3o%5C%20do%5C%20ensino%5C&f=false>.
- [36] LEI nº2011 de 2 de abril do Diário do Governo. *I Série* Nº 70 (1946). Acedido a 7 novembro 2017. Acedido a 7 nov. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/339500>.
- [37] Teresa Luísa de Sousa Pereira. «Tese de Mestrado Integrado em Medicina - *Unidades de Saúde Familiar – A Evolução na Gestão dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*». Em: (2011). Acedido a 1 ago. 2017. Disponível em: p. 51. URL: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61085/2/UFS%5C%20A%5C%20Evoluo%5C%20na%5C%20Gesto%5C%20dos%5C%20CSP%5C%20em%5C%20Portugal.pdf>.
- [38] DECRETO-LEI nº41 825/58 de 13 de agosto. *D.R. I Série* Nº 177 1958. Acedido a 30 jul. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/a/352188>.
- [39] DECRETO-LEI nº48 357/68 de 27 de Abril. (1968). Acedido a 31 jul. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/274542>.
- [40] Luís Graça. «*I. Introdução: Da Assistência Pública ao Direito à Saúde*». Em: (2005). Acedido a 10 set. 2017. Disponível em: URL: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos89.html>.
- [41] DECRETO-LEI nº48 558/68 de 30 de agosto. (1968). Acedido a 31 jul. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/265039>.
- [42] Rede de investigadores do OPSS. «*Evolução do sistema de saúde português (resumo)*». Em: (2003). Acedido a 15 set. 2017. Disponível em: p. 4. URL: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Evolucao-do-sistema-de-saude-portugues-resumo.pdf>.
- [43] Sónia Pires Joana Sousa Ribeiro Maria Ioannis Baganha. «*O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*». Em: (2002). Acedido a 15 set. 2017. Disponível em: p. 33. URL: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/182.pdf>.
- [44] DECRETO-LEI nº414/71 de 27 de setembro. *D.R. I Série* Nº 228 (1971). Acedido a 31 jul. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/632648>.
- [45] DECRETO-LEI nº413/71 de 27 de setembro. *D.R. I Série* Nº 228 (1971). Acedido a 31 jul. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/632646>.
- [46] Rede de investigadores do OPSS. «*Evolução do sistema de saúde*». Em: (2003). Acedido a 24 set. 2017. Disponível em: URL: <http://www.opss.pt/node/141>.
- [47] Ariana Paulo. «*SNS: Caracterização e Desafios*». Em: (dez. de 2010). Acedido a 16 set. 2017. Disponível em: p. 16. URL: <http://www.gpeari.gov.pt/analise-economica/publicacoes/ficheiros-do-bmep/2010/dezembro-de-2010/artigos/artigo-9-sns-caracterizacao-e-desafios>.

- [48] Ana de Almeida Eira. «Tese de Mestrado Integrado em Economia - *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*». Em: (1985). Acedido a 16 ago. 2017. Disponível em: p. 72. URL: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26931/2/A%5C%20saude%5C%20em%5C%20Portugal%5C%20A%5C%20procura%5C%20privada%5C%20de%5C%20cuidados%5C%20de%5C%20saude%5C%20Ana%5C%20Eira.pdf>.
- [49] DECRETO-LEI nº129/77 de 2 de abril. *D.R. I Série* Nº 78 (1977). Acedido a 31 jul. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/139784>.
- [50] Paulino Artur Ferreira de Sousa. «*O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*». Em: (2009). Acedido a 10 ago. 2017. Disponível em: p. 11. URL: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v22/n7/v22n7a9.pdf>.
- [51] Portaria nº 444-A/80 de 28 de Julho. *D.R. I Série* Nº 172 (1980). Acedido a 2 ago. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/a/582336>.
- [52] PORTARIA nº357/80 de 28 de junho da Assembleia da República. *D.R. I Série* Nº 147 (1980). Acedido a 2 ago. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/473599>.
- [53] DECRETO-LEI nº310/82 de 3 de agosto. *D.R. I Série* Nº 177 (1982). Acedido a 2 ago. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/397255>.
- [54] DECRETO-LEI nº74-C/84 de 2 de março. *D.R. I Série* Nº 53 (1984). Acedido a 28 ago. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/1984/03/05302/00050022.pdf>.
- [55] DECRETO-LEI nº48/90 de 24 de agosto. *D.R. I Série* Nº 195 (1990). Acedido a 12 mar. 2017. Disponível em: URL: [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Lei%5C%20n.%5C%20C2%5C%BA%5C%2048.1990%5C%20\(24.08.1990\).pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Lei%5C%20n.%5C%20C2%5C%BA%5C%2048.1990%5C%20(24.08.1990).pdf).
- [56] ? ? URL: http://www.smzc.pt/attachments/037%5C_anexo1.pdf.
- [57] Ministério da Saúde. «*Serviço Nacional de Saúde - Administração Central do Sistema de Saúde*». Em: (). Acedido a 24 ago. 2017. Disponível em: URL: <http://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=460%5C&language=pt-PT>.
- [58] J. Cadima Ribeiro. «*Diminuição da população em Portugal e aumento do envelhecimento*». Em: (2012). Acedido a 24 ago. 2017. Disponível em: URL: <http://economiaportuguesa.blogspot.pt/2012/07/p-que-impactos-podem-ter-estas.htm>.
- [59] Entidade Reguladora da Saúde. «*ESTUDO SOBRE A ORGANIZAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE – RELATÓRIO PRELIMINAR I*». Em: (fev. de 2011). Acedido a 28 ago. 2017. Disponível em: p. 92. URL: https://www.ers.pt/uploads/writer%5C_file/document/39/ULS%5C_11.pdf.
- [60] «International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR (1978). *Declaration of Alma-Ata* [Versão electrónica]». Em: (1978). Acedido a 13 out. 2017. Disponível em: URL: http://www1.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata%5C_declaration.htm.
- [61] Leiyu Shi e James Macinko Barbara Starfield. «*Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*». Em: *The Milbank Quarterly* 83.3 (2005). Acedido a 20 nov. 2017. Disponível em: p. 46. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/pdf/milq0083-0457.pdf>.

- [62] George Freeman e Per Hjortdahl. «*What future for continuity of care in general practice?*» Em: *BJM* (jun. de 1997). Acedido a 29 nov. 2017. Disponível em: URL: <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7098.1870>.
- [63] «*The role of provider continuity in preventing hospitalizations.*» Em: (1998). Acedido a 10 jan. 2018. Disponível em: p. 7. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9682689>.
- [64] «*The Effect of the Doctor–Patient Relationship on Emergency Department Use Among the Elderly*». Em: (jan. de 2000). Acedido a 10 jan. 2018. Disponível em: p. 6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446125/pdf/10630144.pdf>.
- [65] Per Hjortdahl e Per Fugelli Pål Gulbrandsen. «*General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey*». Em: *BJM* (abr. de 1997). Acedido a 29 nov. 2017. Disponível em: URL: <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7086.1014>.
- [66] Denis Pereira Gray et al. «*Towards a theory of continuity of care*». Em: *Journal of the Royal Society of Medicine* (abr. de 2003). Acedido a 02 dez. 2017. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539442/>.
- [67] DECRETO-LEI nº101/2006 de 6 de junho. *D.R. I Série A N° 109* (2006). Acedido a 29 ago. 2017. Disponível em: URL: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei%5C_101%5C_2006-1.pdf.
- [68] Ministério da Saúde. *Cuidados Continuados*. Acedido a 2 ago. 2017. Disponível em: URL: [ww.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/](http://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/).
- [69] Ministério da Saúde. *Cuidados Continuados*. Acedido a 2 ago. 2017. Disponível em: URL: <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-continuados-integrados-2/os/>.
- [70] LEI nº52/2012 de 5 de setembro da Assembleia da República. *D.R. I Série N° 172* (2012). Acedido a 29 ago. 2017. Disponível em: URL: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Lei-n-52-2012-%5C%E2%5C%80%5C%93-Assembleia-da-Rep%5C%C3%5C%BAblica-%5C%E2%5C%80%5C%93-Lei-de-Bases-dos-Cuidados-Paliativos.pdf>.
- [71] Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro. Acedido a 29 ago. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/conteudo/70485726>.
- [72] Acedido a 3 mar. 2017. URL: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/792E1E52-8C59-42E3-8600-6B582F96262F/0/OrganogramaMS11032016.pdf>.
- [73] DECRETO-LEI nº18/2017 de 15 de setembro. *D.R. I Série, No 30*, 2017. Acedido a 19 abril 2019. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/a/106431320>.
- [74] Ariana Paulo. «*SNS: Caracterização e Desafios*». Em: (2010). Acedido a 19 jan 2017. Disponível em: URL: <http://www.gpeari.gov.pt/analise-economica/publicacoes/ficheiros-do-bmep/2010/dezembro-de-2010/artigos/artigo-9-sns-caracterizacao-e-desafios>.

- [75] Maria do Rosário Giraldes. *Desigualdades regionais nos subsistemas de saúde em Portugal*. Vol. XXXVII (164). Acedido em 30 out 2017. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218735627F7jXI6ys4Gh68ET0.pdf>.
- [76] Decreto-Lei nº 234/2005 de 30 de Dezembro. *D.R. I Série A N° 250 (2005)*. Acedido a 29 set. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/a/473445>.
- [77] Saúde em Portugal. Acedido a 29 set. 2017. Disponível em: URL: https://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%A7%C3%B5es_de_Sa%C3%BAde_em_Portugal.
- [78] Decreto-Lei nº 158/2005 de 20 de Setembro. *D.R. I Série A N° 181 (2005)*. Acedido a 05 out. 2017. Disponível em: URL: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/18631/56135619.pdf>.
- [79] Decreto-Lei n.º 167/2005 de 23 de Setembro. *D.R. I Série A N° 184 (2005)*. Acedido a 05 out. 2017. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/file/a/147919>.
- [80] Decreto-Lei n.º 212/2005 de 9 de Dezembro *D.R. I Série A N° 235 (2005)*. Acedido a 06 out. 2017. Disponível em: URL: http://www.dgpj.mj.pt/sections/leis-da-justica/pdf-ult/decreto-lei-n-212-2005/downloadFile/file/DL%5C_212.2005.pdf.
- [81] BMC Health Services Research. «*Admissions for chronic ambulatory care sensitive conditions - a useful measure of potentially preventable admission?*» Em: (out. de 2015). Acedido a 18 nov. 2018. Disponível em: URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1137-0>.
- [82] Daniel C Gibbons et al. «*Defining primary care sensitive conditions: a necessity for effective primary care delivery?*» Em: (out. de 2012). Acedido a 15 set. 2018. Disponível em: URL: <https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120178>.
- [83] Joana Santos Xavier. «*Sistemas de Suporte à Tomada de Decisão: Generalização de Modelos Preditivos na Admissão ao Internamento Hospitalar em Doentes com Eventos Cardíacos*». Em: (ago. de 2017). Acedido a 20 fev. 2018. Disponível em: URL: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/30968/1/RUN%5C%20-%5C%20Disserta%5C%C3%A7%C3%A3o%5C%20de%5C%20Mestrado%5C%20-%5C%20Joana%5C%20Santos%5C%20Xavier.pdf>.
- [84] Purdy S et al. «*Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians*». Em: (fev. de 2009). Acedido a 20 set. 2018. Disponível em: pp. 169–73. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19144363>.
- [85] Maria Joana Santo Venâncio. «*Os internamentos devidos a Ambulatory Care Sensitive Conditions em Portugal: Caracterização e variabilidade espacial em 2013 e 2014 - XLIV Curso de Especialização em Administração Hospitalar*». Em: (jul. de 2016). Acedido a 20 out. 2018. Disponível em: URL: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/20215/1/RUN%5C%20-%5C%20Trabalho%5C%20Final%5C%20CEAH%5C%20-%5C%20Maria%5C%20Joana%5C%20Ven%5C%C3%A2ncio.pdf>.

- [86] NHS England. «*Emergency admissions for Ambulatory Care Sensitive Conditions – characteristics and trends at national level*». Em: (mar. de 2014). Acedido a 18 nov. 2018. Disponível em: URL: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/03/red-acsc-em-admissions-2.pdf>.
- [87] Aaron J. Trachtenberg et al. «*Inequities in Ambulatory Care and the Relationship Between Socioeconomic Status and Respiratory Hospitalizations: A Population-Based Study of a Canadian City*». Em: 12.5 (out. de 2014). Acedido a 18 dez. 2018. Disponível em: URL: <http://www.annfamned.org/content/12/5/402.full.pdf+html>.
- [88] John Billings et al. «*Impact Of Socioeconomic Status On Hospital Use In New York City*». Em: 12.1 (1993). Acedido a 25 mar. 2018. Disponível em: URL: https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.12.1.162?url_ver=Z39.88-2003%5C&rfr_id=ori%5C%3Arid%5C%3Acrossref.org%5C&rfr_dat=cr_pub%5C%3Dpubmed%5C&.
- [89] Leslie L Roos et al. «*Physician Visits, Hospitalizations, and Socioeconomic Status: Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian Setting*». Em: (ago. de 2005). Acedido a 25 nov. 2018. Disponível em: p. 18. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361193/>.
- [90] Dr Farid Sobhani e Rainis Ruslan. «*Delphi Technique in Poverty Alleviation: A Case Study*». Em: (jan. de 2008). Acedido a 18 nov. 2018. Disponível em: URL: https://www.researchgate.net/publication/4982477_Delphi_Technique_in_Poverty_Alleviation_A_Case_Study.
- [91] Dia Sekayi e Arleen Kennedy. «*Qualitative Delphi Method: A Four Round Process with a Worked Example*». Em: 22.10 (jan. de 2008). Acedido a 18 nov. 2018. Disponível em: URL: <https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2974%5C&context=tqr>.
- [92] Jay R. Avella. «*Delphi Panels: Research Design, Procedures, Advantages, and Challenges*». Em: 11 (2016). Acedido a 18 nov. 2018. Disponível em: URL: <http://ijds.org/Volume11/IJDSv11p305-321Avella2434.pdf>.
- [93] Weissman JS, Gatsonis C e Epstein AM. «*Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland*». Em: (nov. de 1992). Acedido a 18 nov. 2018. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1404795>.
- [94] Pedro Miguel Gomes de Pinho Lopes. «*Internamentos por Causas Sensíveis aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal Continental: uma análise pela severidade*». Em: (jun. de 2016). Acedido a 18 nov. 2018. Disponível em: URL: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19942/1/RUN%5C%20-%5C%20Disserta%5C%C3%5C%A7%5C%C3%5C%A3o%5C%20de%5C%20Mestrado%5C%20-%5C%20Pedro%5C%20Miguel%5C%20Lopes.pdf>.
- [95] Department of Health, Human Services Agency for Healthcare Research e Quality. «*Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions*». Em: (abr. de 2002). Acedido a 07 jan. 2019. Disponível em: URL: <https://www.ahrq.gov/downloads/pub/ahrqqi/pqiguide.pdf>.
- [96] «*Health Indicators*». Em: (2008). Acedido a 18 nov. 2018. Disponível em: URL: https://secure.cihi.ca/free_products/HealthIndicators2008_ENGweb.pdf.

- [97] Roger Flores Ceccon, Stela Nazareth Meneghel e Paulo Ricardo Nazário Viegli. «*Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico*». Em: (out. de 2014). Acedido a 19 nov. 2018. Disponível em: p. 10. URL: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/pt%5C_1415-790X-rbepid-17-04-00968.pdf.
- [98] Yang Tian, Anna Dixon e Haiyan Gao. «*Emergency hospital admissions for ambulatory care-sensitive conditions: identifying the potential for reductions*». Em: (abr. de 2012). Acedido a 19 nov. 2018. Disponível em: URL: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field%5C_publication%5C_file/data-briefing-emergency-hospital-admissions-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-apr-2012.pdf.
- [99] Martin Bardsley et al. «*Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care*». Em: (dez. de 2012). Acedido a 18 nov. 2018. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3549201/pdf/bmjopen-2012-002007.pdf>.
- [100] Yves Eggli et al. «*Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status*». Em: (2014). Acedido a 07 jan. 2019. Disponível em: URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-25>.
- [101] Paolo Rizza et al. «*Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy*». Em: (ago. de 2007). Acedido a 07 jan. 2019. Disponível em: URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-7-134>.
- [102] Anne Frølich et al. «*A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente*». Em: (dez. de 2008). Acedido a 25 nov. 2018. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2630928/pdf/1472-6963-8-252.pdf>.
- [103] II CONFERÊNCIA BENCHMARKING CLÍNICO: Ambulatory Care Sensitive Conditions - Impacto do Internamento. Acedido a 17 jan. 2019. Dez. de 2013. URL: <http://www.iasist.pt/pt/21171/II-Conferencia-Benchmarking-Clinico>.
- [104] John Billings, Geoffrey M. Anderson e Laurie S. Newman. Recent Findings On Preventable Hospitalizations. Acedido a 9 dez. 2018. 1996. URL: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.15.3.239>.
- [105] MARLENE R. NIEFELD et al. «*A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente*». Em: 26.5 (mai. de 2003). Acedido a 25 nov. 2018. Disponível em: URL: <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/26/5/1344.full.pdf>.
- [106] Inês Dantas et al. «*The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions*». Em: (2016). Acedido a 18 nov. 2018. Disponível em: URL: https://run.unl.pt/bitstream/10362/30632/1/Dantas%5C_BMC%5C_Health%5C_serv%5C_Res%5C_2016%5C_16%5C_1%5C_348%5C_.pdf.

- [107] Alexandre Lourenço - Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH). Internamentos inapropriados no Hospital Público. Acedido a 9 dez. 2018. Nov. de 2017. URL: <https://justnews.pt/artigos/internamentos-inapropriados-no-hospital-publico%5C#.XJlTqpj7Q3A>.
- [108] Nuno de Noronha. Internamentos evitáveis aumentaram em Portugal na última década. Acedido a 9 dez. 2018. Dez. de 2013. URL: <https://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/internamentos-evitaveis-aumentaram-em-portugal-na-ultima-decada>.
- [109] Antônio Augusto Moura da Silva et al. «*Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil*». Em: (). Acedido a 20 fev. 2019. Disponível em: URL: <https://www.scielo.org/article/csp/1999.v15n4/749-757/>.
- [110] Hefford, Crampton e Foley J. «*Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment*». Em: (abr. de 2005). Acedido a 13 mar 2018. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15760695>.
- [111] Baumann A. Deber R. «*Barriers and Facilitators to Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care*». Em: (2005). Acedido a 13 mar 2018. Disponível em: URL: https://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree%5C&task=att_download%5C&link_id=5107%5C&cf_id=68%5C&lang=en.
- [112] Liam Donaldson. «*An organisation with a memory*». Em: 2.5 (2002). Acedido a 14 mar 2018. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4953088/pdf/452.pdf>.
- [113] Anthea Page et al. «*Atlas of Avoidable Hospitalisations in Australia: ambulatory care-sensitive conditions*». Em: (abr. de 2011). Acedido a 21 fev. 2019. Disponível em: URL: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/c4d175cd-f22f-4834-a96b-546a0595613f/10459.pdf.aspx?inline=true>.
- [114] Humaira Ansari et al. «*Potentially avoidable hospitalisation for constipation in Victoria, Australia in 2010–11*». Em: (dez. de 2014). Acedido a 25 nov. 2018. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4105390/pdf/1471-230X-14-125.pdf>.
- [115] Medicare (United States). Acedido a 28 mar. 2018. URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_\(United_States\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(United_States)).
- [116] Lee R Mobley et al. «*Spatial analysis of elderly access to primary care services*». Em: (2006). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1482683/>.
- [117] «*A guide to the potentially preventable hospitalisations indicator in Australia*». Em: (mar. de 2017). Acedido a 21 fev. 2019. Disponível em: URL: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2017/03/A-guide-to-the-potentially-preventable-hospitalisations-indicator-in-Australia.pdf?fbclid=IwAROC8UNektKcQG7nyMaYkD91T-SKjeMRxvwXXSYm9wubiTBvxxqt3a4fxnU>.

- [118] Deborah Carvalho Malta et al. «*Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil*». Em: (2011). Acedido a 21 fev. 2019. Disponível em: URL: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/MALTA%5C_Atualiza%5C_2011%5C_lista%5C_causas%5C_para%5C_5a74anos%5C_idade.pdf.
- [119] Department of Health & Human Services. «*Victorian ambulatory care sensitive conditions study - preliminary analyses*». Em: (2011). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/researchandreports/Victorian-ambulatory-care-sensitive-conditions-study---preliminary-analyses>.
- [120] AIHW - Australian Institute of Health e Welfare. «*Admitted patient care 2014–15: Australian hospital statistics*». Em: (mar. de 2016). Acedido a 25 nov. 2018. Disponível em: URL: <https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/ahs-2013-14-admitted-patient-care/contents/table-of-contents>.
- [121] Hassan Assareh et al. «*Effect of change in coding rules on recording diabetes in hospital administrative datasets*». Em: 94 (out. de 2016). Acedido a 30 nov. 2018. Disponível em: p. 9. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505616301757?via%5C%3Dihub>.
- [122] Alda Rosa Vieira da Silva. «*Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório: Qual a influência das características de organização dos cuidados de saúde primários?* » Em: (2015). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=32469.
- [123] Inês Sofia Duarte de Sá Dantas. «*O impacto dos diagnósticos secundários nos internamentos evitáveis em Portugal* ». Em: (2015). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/18500/1/RUN%5C%20-%5C%20Trabalho%5C%20Final%5C%20CEAH%5C%20-%5C%20In%5C%C3%5C%AA%5C%20Dantas.pdf>.
- [124] Vários. «*Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*». Em: (2014). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%5C%C3%5C%B3rio-do-Grupo-de-Trabalho-criado-para-a-defini%5C%C3%5C%A7%5C%C3%5C%A3o-de-proposta-de-metodologia-de-integra%5C%C3%5C%A7%5C%C3%5C%A3o-dos-n%5C%C3%5C%ADveis-de-cuidados-de-sa%5C%C3%5C%BAde.pdf>.
- [125] César Alberto dos Santos Carneiro. «*ESSAYS ON HEALTH ECONOMICS: EQUITY AND ACCESS TO HEALTH CARE AND PUBLIC HOSPITAL PERFORMANCE UNDER CORPORATIZED MANAGEMENT*». Em: (2011). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:syNQ38rvkB0J:scholar.google.com/+Essays+on+Health+Economics:+Equity+and+Access+to+Health+Care+and+Public+Hospital+Performance+under+Corporatized+Management%5C&hl=pt-PT%5C&as_sdt=0,5%5C&as_vis=1.

- [126] ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. «*ESTUDO SOBRE O DESEMPENHO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE*». Em: (2015). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1297/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ULS_27_01_2015.pdf.
- [127] Rui Cernadas. Dos internamentos evitáveis aos internamentos sociais... Acedido a 18 Fev. 2019. URL: <https://saudeonline.pt/2018/04/03/dos-internamentos-evitaveis-aos-internamentos-sociais/>.
- [128] Pedro Vilela Marques. Vai ser possível saber quem trata melhor doenças que mais levam ao hospital. Acedido a 18 fev. 2019. Jun. de 2018. URL: <https://www.dn.pt/portugal/interior/vai-ser-possivel-saber-quem-trata-melhor-doencas-que-mais-levam-ao-hospital-9400242.html>.
- [129] James S. Larson. *The Measurement of Health: Concepts and Indicators*. Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: Greenwood Publishing Group, 1991, p. 175. URL: https://books.google.pt/books?id=LxVpxE8u0GgC%5C&printsec=frontcover%5C&hl=pt-PT%5C&source=gbbs_ge_summary_r%5C&cad=0#v=onepage%5C&q%5C&f=false.
- [130] James Hollow Ay Gerard F. Anderson Earl P. Steinberg e Joel C. Cantor. «*Paying for HMO Care: Issues and Options in Setting Capitation Rates*». Em: (2015). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/7d2b/2f538b81261d07979977ef072509d16012ce.pdf>.
- [131] Edmund Haislmaier. «*State Health Care Reform: A Brief Guide to Risk Adjustment in Consumer-Driven Health Insurance Markets*». Em: (2008). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: <https://www.heritage.org/health-care-reform/report/state-health-care-reform-brief-guide-risk-adjustment-consumer-driven>.
- [132] Howard Nelch Barnum, Joseph Douglas Kutzin e Helen Saxenian. «*Incentives and provider payment methods.*» Em: (1995). Acedido a 29 dez. 2018. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10142120>.
- [133] Céu Mateus. «*O Financiamento Hospitalar com Grupos de diagnósticos homogéneos: Resultados para Portugal entre 1995 e 2001*». Em: (). Acedido a 29 dez. 2018. Disponível em: URL: http://www.fgcasal.org/OLD/aes/docs/ceu%5C_mateus.pdf.
- [134] Patrícia Sofia Oliveira Fonseca Nunes. «*Financiamento Hospitalar em Portugal - Incentivos à seleção e equidade*». Em: (mar. de 2012). Acedido a 20 fev. 2018. Disponível em: URL: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9346/3/RUN%5C%20-%5C%20Disserta%5C%C3%5C%A7%5C%C3%5C%A3o%5C%20de%5C%20Mestrado%5C%20-%5C%20Patr%5C%C3%5C%ADcia%5C%20Nunes.pdf>.
- [135] Daniel Serrão. Em: (). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: <http://www.danielserrao.com/fotos/gca/Recomendacoes.pdf>.
- [136] Pedro Pita Barros. *Economia da Saúde*. Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: <https://books.google.pt/books?id=2Tg1AwAAQBAJ%5C&printsec=frontcover%5C&hl=pt-PT#v=onepage%5C&q=pagamento%5C%20prospectivo%5C%20e%5C%20pagamento%5C%20por%5C%20reembolso%5C&f=false>.

- [137] Richard B. Saltman e Josep Figueras. «*Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms*». Em: (1998). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.17.2.85>.
- [138] Pedro Pita Barros e Jean-Pierre Gomes. «*Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*». Em: (2002). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Barros2/publication/268426648_Os_Sistemas_Nacionais_de_Saude_da_Uniao_Europeia_Principais_Modelos_de_Gestao_Hospitalar_e_Eficiencia_no_Sistema_Hospitalar_Portugues/links/55041aab0cf2d60c0e655955/Os-Sistemas-Nacionais-de-Saude-da-Uniao-Europeia-Principais-Modelos-de-Gestao-Hospitalar-e-Eficiencia-no-Sistema-Hospitalar-Portugues.pdf.
- [139] Administração Central do Sistema de Saúde. «*Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos*». Em: (2010). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia%5C%202010%5C%20_%5C%20ULS.pdf.
- [140] Margarida Bentes. «*O Financiamento dos Hospitais*». Em: (mai. de 1998). Acedido a 20 fev. 2018. Disponível em: URL: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Bentes%5C%M%5C%20IGIF%5C%201998.pdf>.
- [141] Carlos Costa, Rui Santana e Paulo Boto. «*Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação*». Em: 7 (mar. de 2008). Acedido a 20 fev. 2018. Disponível em: URL: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19701/1/RUN%5C%20-%5C%20RPSP%5C%20-%5C%202008%5C%20-%5C%20V.%5C%20Tematico%5C%20n7a04%5C%20-%5C%20p.67-102.pdf>.
- [142] I.H. Monrad Aas. «*Incentives and financing methods*». Em: (1995). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: https://www.academia.edu/28782333/Incentives_and_financing_methods.
- [143] DIANA M.J. DELNOIJ, NIEK S. KLAZINGA e KOOS VAN DER VELDEN. «*Building integrated health systems in central and eastern Europe - An analysis of WHO and World Bank views and their relevance to health systems in transition*». Em: (2003). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: https://www.researchgate.net/publication/9059017_Building_integrated_health_systems_in_central_and_eastern_Europe_an_analysis_of_WHO_and_World_Bank_views_and_their_relevance_to_health_systems_in_transition.
- [144] Em: (2017). Acedido a 26 abril 2019. Disponível em: URL: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Termos-Referencia-Contratualizacao-SNS-2018.pdf>.
- [145] Ana Escoval, Ana Tito Lívio Santos e Patrícia Barbosa. «*Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: O caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados*». Em: (mar. de 2016). Acedido a 20 fev. 2018. Disponível em: URL: https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/3643155/Escoval%5C_Tempus%5C_ASC%5C_2016%5C_10%5C_1.pdf.

- [146] Serviço Nacional de Saúde. Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 15 Fev. 2017. URL: <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%5C%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%5C%BAde/CSa%C3%5C%BAdePrim%C3%5C%A1rios/tabid/287/language/pt-PT/Default.aspx>.
- [147] Hospitais querem ser financiados em função da qualidade dos cuidados. Acedido a 22 abril 2019. Disponível em: 2018. URL: <https://www.tsf.pt/sociedade/interior/hospitais-querem-deixar-de-receber-por-quantidade-de-cuidados-de-saude-9976743.html>.
- [148] Despacho n.º 9323-A/2018. *Diário da República n.º 191/2018, Série II de 2018-10-03, 1º Suplemento, 2018*. Acedido a 23 abril 2019. Disponível em: URL: <https://dre.pt/home/-/dre/116587923/details/maximized>.
- [149] Renato António Lourenço da Silva. «*Financiamento Hospitalar - Análise e Reflexão ->*». Em: (2015). Acedido a 22 abril 2019. Disponível em: URL: https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=34655.
- [150] Filipa Maria Brum da Silva Marques Dias. «*O Modelo de Financiamento das unidades de saúde verticalmente integradas em Portugal: Desafios e Oportunidades*». Em: (2018). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36866/1/ulfc125215_tm_Filipa_Dias.pdf.
- [151] Solberg LI et al. «*The Minnesota project: a focused approach to ambulatory quality assessment*». Em: (1990). Acedido a 22 abril 2019. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2148309>.
- [152] Joel S. Weissman, Constantine Gatsonis e Arnold M. Epstein. «*Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland*». Em: (1992). Acedido a 22 abril 2019. Disponível em: URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/400938>.
- [153] Sqlape: An Overview. Acedido a 22 abril 2019. Disponível em: URL: <http://www.sqlape.com/>.
- [154] Diseases and Injuries Tabular Index. Acedido a 8 ago. 2018. URL: <http://icd9.chrisendres.com/index.php?action=contents>.
- [155] «Portaria n.º 234/2015 de 7 de Agosto D.R. I Série A N.º 153 (2015)». Em: (). Acedido a 22 abril 2019. Disponível em: URL: <https://dre.pt/application/conteudo/69968713>.
- [156] «Agrupador de GDH All Patient Refined DRG». Em: (). Acedido a 22 abril 2019. Disponível em: URL: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Normativa%20n.%20C2%BA%2031.pdf>.
- [157] Em: (). Acedido a 23 abril 2019. Disponível em: URL: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/C%3%A1lculo%20do%20doente%20equivalente%20e%20ICM_2009_Finaln.pdf.
- [158] «Circular Normativa N.º 8/2010/UOFC». Em: (2010). Acedido a 23 abril 2019. Disponível em: URL: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Normativa%20N8%202010.pdf>.

- [159] «Circular Normativa Nº 22/2014/DPS/ACSS». Em: (2014). Acedido a 23 abril 2019. Disponível em: URL: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/CN22.pdf>.
- [160] «GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS HOMOGÊNEOS RELATÓRIO NACIONAL DE 2004». Em: (2004). Acedido a 23 abril 2019. Disponível em: URL: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Nacional_RR2004.pdf.
- [161] «CONTRATO-PROGRAMA 2015 - DPS - Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos». Em: (2014). Acedido a 23 abril 2019. Disponível em: URL: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Contrato-Programa-2015.pdf>.
- [162] «CONTRATO-PROGRAMA 2015 - DPS - Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos». Em: (2014). Acedido a 28 abril 2019. Disponível em: URL: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Contrato-Programa-2015.pdf>.
- [163] Catarina Filipa Amorim Meireles. «*Mestrado Integrado em Medicina - Doenças Mieloproliferativas*». Em: (). Acedido a 20 set. 2018. Disponível em: URL: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52824/2/Catarina.pdf>.
- [164] César Alberto dos Santos Carneiro. «ESSAYS ON HEALTH ECONOMICS: EQUITY AND ACCESS TO HEALTH CARE AND PUBLIC HOSPITAL PERFORMANCE UNDER CORPORATIZED MANAGEMENT». Em: (2011). Acedido a 28 dez 2019. Disponível em: URL: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56320/2/Thesis%5C%20%5C%20Essays%5C%20of%5C%20Health%5C%20Economics.pdf>.
- [165] Jennifer L. Wolff; Barbara Starfield; Gerard Anderson. «Prevalence, Expenditures, and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly». Em: 162 (2002). Acedido a 28 dez 2019. Disponível em: pp. 2269–2276. URL: https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A177.pdf.
- [166] João Carlos Cordeiro Sarmento. «Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório em contexto de integração vertical.» Em: (2012). Acedido a 28 dez 2019. Disponível em: URL: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9631/4/RUN%5C%20-%5C%20Disserta%5C%c3%5C%a7%5C%c3%5C%a3o%5C%20de%5C%20Mestrado%5C%20-%5C%20Joa%5C%cc%5C%83o%5C%20Sarmiento.pdf>.
- [167] Tania Cristina Moraes Santa Barbara Rehem et al. «Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira». Em: (2013). Acedido a 28 dez 2019. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf>.
- [168] Daniel Soranz e Luís Augusto Coelho Pisco. «Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios». Em: (2017). Acedido a 28 dez 2019. Disponível em: URL: https://www.researchgate.net/publication/314969904%5C_Reforma%5C_dos%5C_Cuidados%5C_Primarios%5C_em%5C_Saude%5C_na%5C_cidade%5C_de%5C_Lisboa%5C_e%5C_Rio%5C_de%5C_Janeiro%5C_contexto%5C_estrategias%5C_resultados%5C_aprendizagem%5C_desafios.

- [169] Retrato da Saúde 2018. Acedido a 5 Junho 2019. URL: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Nacional%5C_RR2006.pdf.
- [170] Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GCD). Acedido a 5 Junho 2019. URL: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE%5C_2018%5C_compressed.pdf.
- [171] «*ESTUDO SOBRE A ORGANIZAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE – RELATÓRIO PRELIMINAR I*». Em: (fev. de 2011). Acedido a 10 jan. 2018. Disponível em: URL: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf.
- [172] Gustavo Martins-Coelho. Perspetivas em saúde - O estatuto sócio-económico e os internamentos evitáveis. Acedido a 7 dez. 2018. Jan. de 2016. URL: <https://ruadaconstituicao.blog/2016/01/29/o-estatuto-socio-economico-e-os-internamentos-evitaveis/>.
- [173] Ministério da Saúde. Modalidade de Pagamento da Unidades de Locais de Saúde. Acedido a 10 jan. 2019. URL: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Modalidade%5C%20de%5C%20Pagamento%5C%20ULS%5C%202010%5C_12n.pdf.
- [174] Ministério da Saúde. Modalidade de Pagamento da Unidades de Locais de Saúde. Acedido a 7 Fev. 2019. Mar. de 2009. URL: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/modalidadeULS09.pdf>.
- [175] Hickson GB, Altemeier WA e Perrin JM. «*Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study*». Em: (1987). Acedido a 20 abril 2019. Disponível em: URL: <https://pediatrics.aappublications.org/content/80/3/344>.
- [176] «*The science behind “man flu”*». Em: (dez. de 2017). Acedido a 20 set. 2018. Disponível em: URL: https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/957491?path=/bmj/359/8134/All%5C_Creatures%5C_Great%5C_and%5C_Small.full.pdf.
- [177] Ensino Básico: Repercussões da Organização Curricular por Competências na Estruturação das Aprendizagens I. Acedido a 10 out. 2018. URL: <https://pt.scribd.com/document/328032549/144>.
- [178] «*Determinants of adherence to breast cancer screening in primary health care*». Em: (2016). Acedido a 28 abril 2019. Disponível em: URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23604/1/ulfc117533%5C_tm%5C_Ana%5C_Catarina%5C_Sousa.pdf.
- [179] Portugal tem a taxa mais elevada de doenças mentais da Europa. Acedido a 28 abril 2019. URL: <https://www.jn.pt/sociedade/saude/interior/portugal-tem-a-taxa-mais-elevada-de-doencas-mentais-da-europa-3468885.html>.